

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 71

Travail de la Clinique de Neuro-Psychiatrie de la Faculté
(Service de M. le Professeur Jean LÉPINE)

Contribution à l'Etude
des
Délires de Persécution symptomatiques
de la
Paralysie Générale au début

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Mars 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BROCHIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 5 Août 1912, à CHAMELET (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

**Contribution à l'Etude
des Délires de Persécution symptomatiques
de la Paralyse Générale au début**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552411_0059

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 71

Travail de la Clinique de Neuro-Psychiatrie de la Faculté
(Service de M. le Professeur Jean LÉPINE)

Contribution à l'Etude
des
Délires de Persécution symptomatiques
de la
Paralysie Générale au début

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Mars 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BROCHIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 5 Août 1912, à CHAMELET (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, **CLUZET**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique	{	BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LÉPINE, président ; FROMENT, assesseur ;
MAZEL et DECHAUME.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES PARENTS

AUX MIENS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE
*Doyen de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Lyon*
Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Associé national de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait en acceptant la
présidence de notre thèse un hon-
neur dont nous sentons tout le
prix. Nous le prions de bien vou-
loir agréer l'expression de notre
respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAZEL
Expert près la Cour d'Appel de Lyon
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Contribution à l'Etude des Délires de Persécution symptomatiques de la Paralyse Générale au début

AVANT-PROPOS

« Les idées délirantes de persécution sont celles qui font croire aux malades qu'ils sont tracassés, calomniés, poursuivis, frustrés, dépouillés, en un mot attaqués dans leur bonheur, leurs intérêts, leur personne, leur santé, leur existence. Elles vont de la simple idée de défiance, de suspicion vague, jusqu'au thème délirant le plus net, le mieux organisé et le plus précis. » (Régis.)

De telles idées sont fréquentes dans les psychoses. En dehors du délire de persécution typique et classique, on peut les rencontrer dans le tableau clinique de bon nombre de psychopathies. Au début de la paralysie générale, on met parfois en évidence des idées de persécution, mais elles sont généralement fugaces, mobiles, incohérentes. Il est rare qu'elles s'organisent en un délire de persécution un peu précis, car les caractères des délires de la méningo-encéphalite sont à l'opposé de ceux des psychoses systématisées essentielles progressives.

Pourtant, dans certaines formes de la paralysie générale, on trouve des délires dont le tableau clinique est tout différent des types habituellement observés, et qui rappellent plus ou moins bien les psychoses constitutionnelles.

Certains malades ont été envoyés avec les diagnostics de : délire de persécution, idées de persécution avec interprétations délirantes, délire hypocondriaque et de persécution; et c'est seulement un examen clinique minutieux qui a permis de dépister la méningo-encéphalite.

Ces formes atypiques sont rares. Il nous a été donné d'en rencontrer quelques-unes dans le service de M. le Professeur LÉPINE, qui a bien voulu nous autoriser à en faire l'objet de cette thèse.

Nous devons des remerciements tout particuliers à M. le Docteur BRUNERIE, Chef de Clinique, qui nous a proposé ce travail et aidé de ses conseils au cours de son élaboration.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dans sa célèbre description de la paralysie générale, Bayle attribue une grande importance au délire dans le tableau clinique de cette affection. Longtemps après lui, les idées délirantes furent regardées comme pathognomoniques de la maladie, et Parchappe va jusqu'à en faire une psychose spéciale : « la folie paralytique ».

Pourtant, Requin fait des réserves sur cette manière de voir et considère que la paralysie générale peut exister « sans folie ». Ces idées sont précisées par Sandras, Lunier et Baillarger. Ce dernier, défendant les conceptions de l'Ecole d'Esquirol, fait ressortir que c'est la démence et non le délire qui constitue le trouble mental de beaucoup le plus important. Il va même jusqu'à distinguer assez artificiellement deux formes, l'une avec troubles intellectuels, l'autre sans troubles de cet ordre, qu'il désigne sous le nom de « folie paralytique » et de « démence paralytique », cette forme étant la plus fréquente.

Si, à sa suite, on s'habitue à ne plus considérer les idées délirantes comme constantes et caractéristiques,

on n'en reconnaît pas moins toute l'importance et on s'attache à en analyser de près l'allure clinique. Ce fut l'œuvre de Ch. Lasègue, Linas et surtout de J.-P. Falret.

Ces idées sont de tous ordres. Bayle avait souligné l'importance des idées ambitieuses de grandeur, de puissance et de richesse dont il avait fait un symptôme constant, nécessaire et caractéristique. Régis les expose magistralement : « Les malades ont des richesses considérables, des millions, des milliards; ils sont princes, rois, ducs, évêques, papes, généraux, amiraux; ils commandent des armées, des flottes, des états ».

L'invraisemblance la plus criante et la contradiction la plus manifeste entre ces richesses fabuleuses et la vie souvent misérable qu'ils mènent n'embarrassent pas le moins du monde ces malades, qui présentent le plus souvent une euphorie niaise assez caractéristique. Il est vrai que, si on les interrompt pendant qu'ils énumèrent leur fortune fantastique pour leur demander ce qu'ils gagnent, ils répondent parfois tranquillement, comme le malade de Magnan : « Je suis cordonnier, je gagne 6 francs par mois ».

Les idées mélancoliques avec délire d'indignité et auto-accusation ne sont pas rares, soit au début de la maladie, soit au cours de son évolution. On trouve alors, comme dans les états constitutionnels, des idées de ruine, de culpabilité, de damnation, avec ou sans tendance au suicide.

Toutefois le délire mélancolique le plus typique et le plus fréquemment rencontré est le délire hypo-

condriaque décrit par Baillarger. De cette forme, il faut rapprocher les délires de transformation corporelle et les divers délires de négation. Rappelons pour mémoire le délire de fausse grossesse de Dupré.

Certains auteurs ont signalé des phénomènes de délire aigu, de confusion mentale avec onirisme (Raymond et Sérieux, Régis et Lalanne).

Magnan a attiré l'attention sur les idées de persécution qui s'accompagnent le plus souvent d'hallucinations de l'ouïe, de troubles de la sensibilité générale et de crainte d'empoisonnement.

En somme, il est admis que la maladie de Bayle peut donner lieu à toutes les variétés de manifestations délirantes au cours de son évolution, et Régis écrit : « Tous les types de psychoses peuvent s'observer dans la paralysie générale, états maniaques, états mélancoliques, folie à double forme, confusion mentale, délire onirique, délires systématisés ».

Par ailleurs on ne manque pas de souligner que tous ces délires, quelles qu'en soient la forme et la couleur, présentent les mêmes caractères de mobilité et d'incohérence, témoignage du travail de désagrégation de la méningo-encéphalite. « Les idées délirantes du paralytique général, dit Magnan, reflètent le fond spécial sur lequel elles sont apparues. Elles sont multiples, mobiles, absurdes, contradictoires entre elles ».

J.-P. Falret en résume les caractères dans ces quatre adjectifs restés classiques : ce sont des délires « absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents ». A propos des formes mélancoliques, Régis écrit :

« Les divers délires mélancoliques que nous venons d'énumérer sont, comme tous les délires de la paralysie générale, cela va sans dire, absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents ; ils ont tous le cachet démentiel caractéristique » ; et, plus loin, à l'occasion des délires systématisés : « L'affaiblissement mental si profond qui existe dans la paralysie générale ne permet évidemment pas la formation de véritables délires systématisés, dont les caractères sont précisément à l'opposé des caractères de la paralysie générale ».

Cependant, Magnan note déjà : « Mais si ces idées sont telles quand la démence est indéniable, elles peuvent ne pas l'être encore quand la lésion s'arrête ou rétrocede... C'est en effet ce que nous enseigne la clinique en nous permettant d'observer à ces périodes des délires systématisés ».

En 1888, à l'occasion de son rapport sur le prix Esquirol, Rouillard présente deux observations, l'une d'une paralysie générale « avec idées de persécution », l'autre « un bel exemple de cristallisation analogue à celle des persécutés ».

Avec Klippel, il rapporte le cas d'une malade internée à Sainte-Anne, avec le diagnostic de délire de persécution, qui présenta, dix-huit mois après une paralysie générale caractéristique et chez qui l'autopsie confirma le diagnostic.

Dans leur traité, Magnan et Sérieux font remarquer que « chez certains paralytiques, les idées de persécution se manifestaient parfois avec une cer-

taine ténacité et pouvaient même, dans certains cas, simuler un délire de persécution systématisé ».

Richter rapporte l'observation d'une paralysie générale ayant évolué dix ans sous l'aspect d'un « paranoïa hallucinatoire ».

Ducosté étudie les idées de persécution à base d'interprétations délirantes.

Jamet, dans sa thèse, rapporte des observations où les hallucinations auditives sont en rapport avec des lésions de la couche corticale sensorielle.

Legrain apporte au débat l'observation d'un malade où la question se pose de savoir s'il s'agit d'une paralysie générale survenue chez un délirant chronique, ou si la période délirante n'a été que le premier symptôme de la méningo-encéphalite.

A l'étranger, Roudneff consacre une étude à « la paralysie générale paranoïde ».

Obrégia insiste sur la fréquence d'un type clinique auquel il donne le nom de « paranoïsme métapalytique ». Les hallucinations diverses et les idées de persécution surviennent après une période de calme avec amélioration physique et psychique. On trouvera plus tard des phénomènes analogues chez les malades malarisés.

Ferenczi, puis Mlle Pascal, reprennent la question en isolant une « forme paranoïde » de la paralysie générale.

Dans sa thèse, Mlle Serin apporte cinq observations personnelles.

Dupouy, Clerc, Chatagnon et Mâle citent le cas d'une malade qui présentait un délire de persécution

médicale avec hallucinations visuelles et olfactives.

Ceillier présente une observation où c'est une hallucinose nette et transitoire qui permet de dépister l'étiologie méningo-encéphalitique.

Nathan et Maurice ont eu l'occasion d'étudier une malade dont le syndrome paralytique débuta par un délire de possession, puis qui se mit à entendre la voix de sa fille et de son mari dans son matelas et son oreiller.

Récemment, la pratique de la malariathérapie allait attirer l'attention des médecins sur cette question. En effet, après impaludation, on assiste, dans certains cas, à l'apparition d'un délire secondaire, le plus souvent hallucinatoire.

C'est Gerstmann qui, le premier, en 1925, a signalé l'évolution de la paralysie générale traitée vers une psychose hallucinatoire.

A sa suite, Kinhs, Schultze, Markuszewicz publient des observations d'évolution « hallucinatorio-paranoïde » après malariathérapie.

Vermeylen et Verwaeck rapportent douze cas analogues.

Depuis, de nombreux travaux ont vu le jour et le terme de « formes psychosiques » a fait fortune. Il est indéniable, en effet, que depuis la généralisation de la technique inaugurée par Wagner Von Jauregg, on a vu éclore d'assez nombreux délires secondaires.

Il n'en est pas moins vrai qu'on peut voir quelquefois des délires de persécution plus ou moins bien systématisés dans la première période de la para-

lysie générale et en dehors de toute action thérapeutique. C'est incontestablement plus rare.

Du point de vue pratique, l'intérêt de ces formes réside dans les modifications plus ou moins considérables qu'elles peuvent apporter dans le tableau clinique de l'affection, rendant parfois malaisé le diagnostic de la méningo-encéphalite.

A propos de leur pathogénie, ces délires posent des questions importantes, dont beaucoup d'ailleurs sortent du cadre de ce travail, qui sera avant tout une étude clinique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Pierre P..., 45 ans, boucher.

Il entre dans le service avec le certificat d'admission suivant : G..., le 7 novembre 1929. « Je soussigné Louis B..., Docteur en médecine à G..., sur la demande qui m'en a été adressée par Mme P..., après avoir examiné ce jour son mari, M. P..., 45 ans, rue de Lyon, n° 7, à G..., certifie que M. P... Pierre est atteint d'aliénation mentale, se traduisant par un délire de persécution et impulsions à l'homicide ayant déjà occasionné des actes violents. Dans ces conditions, il y a nécessité et urgence de placer M. P... Pierre dans un Etablissement spécial, où lui seront assurés les soins nécessités par son état, sous le régime de la loi du 30 juin 1838, M. P... étant dangereux pour lui-même et pour son entourage ».

Les faits qui ont motivé l'internement de M. P... Pierre, sont consignés dans le procès-verbal d'enquête suivant : Le 7 novembre 1929, à cinq heures, M. P..., 45 ans, boucher à G..., se présentait à la gendarmerie où il a déclaré : « Je viens de tuer ma belle-sœur ; vous pouvez partir quatre gendarmes pour arrêter toute sa famille, ainsi que ma femme, et je porte plainte contre M. S..., cafetier, pour m'avoir désarmé, et de ce fait, je

n'ai pu les tuer tous ». Sur cette déclaration, nous nous sommes rendus sur les lieux et avons recueilli les renseignements suivants :

1° Mme Pit..., professeur à G..., déclare : « Depuis la démobilisation, mon beau-frère, M. Pierre P..., était toujours fatigué. Tantôt pour une chose, tantôt pour l'autre, il aurait fallu être constamment à ses soins. Ma belle-sœur, tenant un magasin de boucherie, rue de Lyon, à leur domicile, et ne pouvant se déranger à tout instant, j'allais souvent lui donner la main. Depuis la Toussaint, mon beau-frère se trouvait plus fatigué, et lundi, j'ai dû le conduire chez le Docteur B... qui a pronostiqué une grosse dépression nerveuse, et nous a donné des remèdes pour le traiter comme tel. Le trouvant plus fatigué, et ne voulant pas laisser ma belle-sœur toute seule, je suis venue passer chez eux les nuits de mardi à mercredi et de mercredi à jeudi. Cette dernière nuit, mon beau-frère n'a pas voulu se coucher, et hier vers 21 heures, il s'est mis à tout fouiller. Ayant ouvert le secrétaire qui contenait des factures et divers papiers, il a tout vidé, jetant de part et d'autre ces divers papiers et déchirant tout. Ce matin, à quatre heures et demie, alors que ma belle-sœur était partie chercher le médecin, il s'est mis à crier qu'on lui avait volé ses clefs et qu'il voulait nous tuer, moi et ma belle-sœur. A ce moment, il avait dans la main une lampe à essence et m'en a frappée. En le désarmant, je me suis aperçue qu'il avait dans l'autre main une grande hache dont les bouchers se servent pour partager les bêtes à l'abattoir. Comme je sortais pour prévenir ma belle-sœur, craignant qu'il ne lui fasse un mauvais parti, il s'est mis à ma poursuite et m'a frappée avec cette arme. Je suis tombée, mais ayant réussi à me relever, j'ai essayé de fuir ; il m'a frappée, ne provoquant heureusement que des blessures insignifiantes. Me voyant perdue, j'avais

crié et M. S..., qui habite en face de la boucherie, est arrivé pour le désarmer. »

2° Mme P..., 45 ans, bouchère, déclare que son mari était depuis quelque temps très nerveux, qu'elle avait remarqué que depuis quelques jours, il n'était plus dans « son aplomb ». Par ailleurs, elle confirme les dires de sa belle-sœur au sujet de l'événement de la nuit dernière.

3° M. S... fait une déclaration analogue.

Procès-verbal d'enquête, fait et clos à G..., le 7 novembre 1929.

Les antécédents de Pierre P... ne révèlent rien d'anormal. Son père est mort à un âge avancé. Sa mère a été emportée par une affection cardiaque. Il a un frère et une sœur en bonne santé. Il n'a pas d'enfants. Sa femme n'a jamais eu de fausse-couche.

Au point de vue personnel, on ne peut pas mettre en évidence de maladie vénérienne. Autrefois, il buvait du vin rouge et du vin blanc en quantité moyenne. Il paraîtrait que depuis cinq ans, il ne boit plus d'alcool. Il a fait toute la guerre. Il a été gazé mais légèrement ; il a été blessé superficiellement au niveau de l'arcade sourcillaire gauche.

D'après ce qu'on peut savoir sur son état mental avant l'internement, il aurait été de caractère calme. Il a eu un procès avec appel avec un de ses locataires. Il aurait eu beaucoup d'ennuis au sujet de son commerce de boucherie. Sa famille nous dit que depuis six mois, il a présenté un changement de caractère, qui s'est accentué, surtout depuis trois mois. Des ennuis commerciaux auraient altéré l'humeur du malade, qui devint plus sombre, plus irritable. D'autre part, on ne note pas de troubles dans la gestion de ses affaires. Lui-même nous dit que depuis quelque temps, il est devenu nerveux, irritable, et qu'il « s'exagérait les choses ».

Il aurait fait des achats inutiles, entre autres des cas-

quettes et des balais. Il a des projets grandioses. Il voulait transformer ses appartements en palais. Il semble avoir présenté des idées de fugue. Il voulait partir pour Paris.

A l'examen, on note, au point de vue nerveux : les réflexes rotuliens et achilléens, ainsi que ceux du membre supérieur, sont exagérés. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Par ailleurs, au cœur, rien à signaler. L'examen du tube digestif et de l'abdomen ne montre rien d'anormal. Un examen pulmonaire attentif montre une respiration rude, un peu soufflante au sommet droit.

On pratique une ponction lombaire, qui donne les résultats suivants :

L. C. R. : clair.

Albumine : 0,90 ‰.

Sucre : normal.

Cytologie : à la cellule de Nageotte : 7 lymphocytes par mmc.

Wassermann : très positif.

L'examen est complété le lendemain. Le malade se présente dans un état d'excitation très net. Il présente un syndrome confusionnel, avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Il est très incohérent au cours de l'interrogatoire ; il est impossible de lui tirer aucune réponse précise. Il se borne à tout approuver, même les choses stupides.

Il est euphorique et content de lui, surtout quand il dit quelque chose. L'examen montre un léger achoppement dans la prononciation des phrases d'épreuve. D'autre part, il présente toujours des idées de grandeur : il a gagné trois millions par mois ; il est riche, et il nous dira le secret de sa richesse.

Le lendemain, 9 novembre, le délire mégalomaniaque se précise et s'accroît. Il nous dit qu'il est propriétaire de tous les bâtiments qu'on voit ici ; tout est à lui ; il

nous donnera un million à chacun pour le laisser partir. Il veut organiser de grandes fêtes et de grands banquets; il possède un avion géant. Il ne le voit pas, mais il l'entend dehors. Il possède des bateaux sous-marins. On lui en donne pour ses étrennes.

Le 14 novembre, le malade entre dans un état d'agitation motrice violente. Comme on le maintient, il dit qu'il est très puissant, qu'il va nous pendre, nous guillotiner bientôt. Il devient menaçant, violent et grossier à l'égard de son entourage. Pendant la visite, il nous adresse toutes les insultes et les grossièretés de langage dont il est capable. Il crache sur le personnel.

D'autre part, il refuse de répondre à nos questions. Il refuse toute nourriture, car il dit que dans les aliments, il y a du poison, qu'on cherche à l'empoisonner avec la nourriture, que ses aliments sentent mauvais. Il semble commencer un délire de persécution.

Le 19 novembre, on commence à gaver le malade, qui s'est beaucoup amaigri. Il est toujours très agité, rejette la sonde, crie, insulte. L'état démentiel et la déchéance semblent s'accroître. Il n'arrive pas à reconnaître sa famille.

Le 5 décembre, le malade entre dans une phase de mutisme et d'accalmie. Pendant la visite, il refuse de nous voir, se cache derrière ses couvertures, ne veut pas nous répondre. Il commence à se nourrir, par quelques verres de lait, et mange surtout la nourriture que sa famille lui apporte. Au point de vue mental, le malade nous tient des propos puérils. Il est euphorique et rit à la moindre parole qu'on lui adresse. D'autre part, il se souvient très difficilement de son état antérieur.

Le 19 décembre, le malade est devenu calme; il nous serre la main et se prête très volontiers à l'examen. Son délire mégalomane semble très atténué.

Le 7 janvier, un examen d'urine montre qu'il n'y a pas d'albumine ni de sucre.

Le 26 janvier, le malade est impaludé, et fait, du 9 au 24 février, onze accès bien supportés.

Le 14 mars, on commence un traitement au Stovarsol, terminé le 24 avril.

Près d'un an plus tard, le 9 février 1931, on pratique à nouveau une ponction lombaire, qui donne les résultats suivants :

L. C. R. : clair.

Albumine : 0 gr. 45.

Sucre : normal.

Cytologie : un lymphocyte par mmc.

Wassermann : négatif.

Benjoin colloïdal : 1221, 2222. 100. 00T.

Après le premier traitement au Stovarsol, on avait constaté une amélioration nette. Les idées délirantes s'atténuaient. Le malade commençait à raisonner.

Le 28 mars 1931, on fait un traitement au bismuth (Quinby) douze injections. Le malade, qui s'améliorait, a fait une rechute sérieuse, surtout marquée par des idées de persécution assez bien dessinées. Il prétend qu'on veut le tuer. Il se méfie d'un malade. Il ne veut pas coucher dans la salle. Il dit qu'il en veut à ce malade, et on est obligé de le surveiller de façon sérieuse, de peur de réaction dangereuse. Ces idées s'atténuent progressivement au bout de deux mois, et le malade reprend son allure joviale et euphorique.

Le 9 juillet, deuxième série de Stovarsol.

Le 23 octobre, troisième série de Stovarsol.

Le 14 février 1932, le malade est en rémission et on accorde une sortie d'essai de un mois.

Le 1^{er} avril 1933, il est interné à nouveau ; il est

redevenu violent et irritable, menaçant son entourage. En outre, il fait des excès éthyliques.

Le 17 juillet suivant, on accorde une sortie, le malade s'étant beaucoup amélioré depuis son entrée.

Le 10 octobre 1934, rechute. Il revient dans le service avec des idées délirantes absurdes et puérides, et surtout nouvelle poussée évolutive se manifestant par des réactions violentes.

Le 5 février 1935, le malade, très amélioré, peut être rendu à sa famille.

Le 22 mai 1936, il est ramené. Il est très agité. Il présente des idées de persécution avec hallucinations visuelles et auditives. Le 20 septembre 1937, le malade, qui était traité depuis quelques jours pour bronchite, est décédé d'ictus apoplectiforme.

OBSERVATION II

Claude M..., 36 ans, manœuvre.

Il entre dans le service, le 22 mai 1930, avec le certificat d'admission suivant : « Débile mental, délire d'interprétation, avec idées hypocondriaques et idées de persécution ».

On ne sait pas grand'chose des antécédents de ce malade. Sa mère est morte, son père est en bonne santé ; une de ses sœurs est morte d'un ictus ; une autre est morte en bas âge. Il a eu un frère, mort de la diphtérie. Rien à signaler dans ses antécédents personnels, au point de vue pathologique. Il a reçu une instruction primaire moyenne ; il aurait obtenu son certificat d'études. Il s'est marié, a eu un fils ; il a obtenu le divorce en 1922 à son avantage. Il a été, avant la guerre, successivement apprenti boulanger, pâtissier, plongeur dans un restaurant, garçon de café, manœuvre, restant fort peu de

temps dans chaque place. Il a fait toute la guerre et contracté le paludisme en Orient. Après la guerre, on le retrouve livreur, camionneur, monteur dans une Compagnie électrique, ouvrier agricole, manœuvre, présentant toujours la même instabilité. Depuis quatre ans, il s'est mis en ménage. Il nie énergiquement l'éthylisme, et toute affection vénérienne. Les troubles actuels auraient commencé il y a deux mois, après avoir déjeuné dans un restaurant ; il avait trouvé un goût bizarre aux aliments, et fut pris de vomissements. Sans en être tout à fait sûr, il pense qu'on a mis quelque chose de suspect dans sa nourriture. L'auteur serait peut-être un de ses anciens camarades de travail.

Depuis quelques temps, il ne se sentait pas très bien, mais c'est surtout depuis ce moment qu'il a présenté de multiples malaises. Il se plaint principalement de troubles gastriques ; il accuse une dyspepsie vague, pesanteur épigastrique, sans caractères ni horaire précis. De plus, il souffre de la gorge. Il est courbaturé, présente des malaises multiples. Pour ses troubles digestifs, il est entré à l'Hôtel-Dieu, où il est resté trois semaines. Tous les examens pratiqués ont été négatifs. Ses préoccupations hypocondriaques attirent l'attention, et le malade est montré au Docteur C... qui nous l'adresse. A l'entrée, on est en présence d'un malade calme, bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il se plaint sans cesse de douleurs thoraciques, de gêne vague, de maux de gorge, de douleurs dans les reins, mais surtout de dyspepsie très marquée selon lui, mais sans aucun caractère précis. Il prétend à ce sujet qu'à l'Hôtel-Dieu, on ne l'a pas regardé, que personne ne s'est occupé de lui, et qu'on ne l'a pas soigné.

En dehors de ses préoccupations hypocondriaques, le malade fait quelques interprétations délirantes, en particulier ses troubles digestifs sont toujours rapportés

à un empoisonnement. Par ailleurs, on note un fond de débilité mentale assez accusé. Au cours de l'interrogatoire, il abonde en détails oiseux et puérils. Le jugement est très erroné et il est impossible de lui faire faire le moindre calcul. La mémoire semble à peu près conservée, avec toutefois une déficience de la fixation. Au point de vue du caractère, on note une irritabilité manifeste, une certaine instabilité.

L'examen physique montre : les réflexes tendineux sont vifs ; au point de vue oculaire : la pupille gauche réagit très peu et tient mal la contraction.

On remarque un tremblement très marqué de la langue et des doigts.

L'achoppement dans la prononciation des phrases d'épreuve est très net.

On pratique une ponction lombaire, qui donne les résultats suivants :

Albumine : 0,45 ‰.

Sucre : normal.

Cytologie : à la cellule de Nageotte : moins d'un élément blanc par mmc.

Wassermann : très positif.

Par ailleurs, l'examen général ne montre rien d'anormal, en dehors de signes pulmonaires banaux : toux, quelques râles de bronchite.

Le 10 juin 1930, on pratique un examen de crachats (examen direct et homogénéisation), qui ne montre pas de B. K.

Le 15 septembre suivant, le malade est impaludé. Il fait dix accès. On note une légère atteinte de l'état général, et une toux sèche.

Une série de Stovarsol est pratiquée par la suite. Le traitement n'a pas amené d'amélioration notable, et le malade présente une atteinte profonde du fond mental : troubles de la mémoire, puérilisme ; il présente des idées

incohérentes, avec apparition de quelques idées de grandeur. L'état général est satisfaisant, et le malade peut être transféré.

Le 14 novembre 1933, on relève le certificat de situation suivant : « Méningo-encéphalite caractérisée par une atteinte profonde du fond mental (dysmnésie, puérilisme), avec idées incohérentes, idées de grandeur (malariathérapie, puis Stovarsol en septembre 1930) ; peut être transféré ».

L'état du malade reste le même dans les mois qui suivent, grosse atteinte du fond mental, incohérence.

Le 30 juin 1934, certificat de situation : « Méningo-encéphalite. Malariathérapie en septembre 1930, puis traité par le Stovarsol. Peut être transféré ».

Le transfert a lieu le 20 juillet 1934.

OBSERVATION III

Claudia J..., Veuve H..., 49 ans.

La malade entre dans le service le 1^{er} septembre 1931, avec le certificat d'admission suivant : « Etat dépressif physique et psychique, avec idées délirantes polymorphes (hypocondriaques, de négation et de persécution). Actes et propos incohérents ».

Nous ne savons à peu près rien des antécédents de cette malade. Elle aurait eu quatre enfants, qui seraient tous morts. N'aurait pas eu de fausse couche. L'interrogatoire est rendu très difficile par un gros affaiblissement intellectuel.

Ce qui frappe en effet à l'examen, c'est l'intensité de l'affaiblissement des facultés intellectuelles. La malade est tout à fait désorientée dans le temps et dans l'espace. La mémoire est très déficiente. Elle ne sait plus du tout

son âge. Par ailleurs, elle prétend tantôt que ses enfants sont morts à huit et dix ans, tantôt à dix-huit ou vingt ans. Elle a été mariée deux fois, mais elle ignore la date de ses mariages.

Le jugement est très affaibli, et présente la même incohérence. On note un puérilisme assez accusé.

Sur ce fond mental, se greffent des idées délirantes assez polymorphes, où dominent cependant les idées hypocondriaques et les idées de persécution.

Elle se plaint de l'estomac, de l'intestin, de troubles cardiaques, de faiblesse de ses membres.

D'autre part, elle raconte qu'un fil téléphonique passe devant sa maison, à C... Des personnes inconnues lui parlent par ce fil. Elle entend des voix qu'elle ne peut identifier, qui lui annoncent qu'elle va mourir, et qui souhaitent sa mort.

Pour mettre fin à ces prédictions lugubres qui la troublent profondément, la malade s'est plainte au maire du pays ; elle prétend qu'elle n'a rien fait pour se rendre justice elle-même, mais reconnaît pourtant que de temps à autre, elle s'est mise en colère.

A l'examen, la malade est agitée, quittant son lit, et on doit la maintenir. Sa parole est difficile, embarrassée. Achoppement très accentué. On note un tremblement très net de la langue et des doigts. Les pupilles sont immobiles, sans réaction à la lumière. Les réflexes tendineux sont un peu vifs.

Au point de vue physique, la malade est très amaigrée, asthénique, sans symptômes précis.

On pratique une ponction lombaire, qui donne les résultats suivants :

Albumine : 0 gr. 60.

Sucre normal.

Cytologie : à la cellule de Nageotte : huit lymphocytes par mmc.

Wassermann : très positif.

Le 9 septembre 1931 : l'état général de la malade est médiocre et ne permet pas l'impaludation ; elle est mise aujourd'hui au Stovarsol.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'aggrave. Le 24 septembre, la malade est plus mal. Une prise de sang montre 2 gr. 25 d'urée par litre.

Décès le jour même.

OBSERVATION IV

Marie-Louise L..., 39 ans, garnisseuse.

La malade entre dans le service, le 9 mars 1929, avec le certificat d'admission suivant : « Délire prophétique et quelques idées de persécution. Elle présente, d'autre part, de l'abolition du réflexe rotulien droit, de la paresse des réactions pupillaires. Pas de dysarthrie ».

Les parents de cette malade sont morts, son père, de vieillesse, sa mère d'une méningite à 36 ans. Elle a deux frères et deux sœurs en bonne santé. Elle aurait perdu une sœur de bacillose. Il n'y aurait pas d'affection mentale dans la famille.

Personnellement, elle n'aurait jamais été gravement malade avant ces derniers temps. Elle dit qu'elle ne buvait pas. En janvier dernier, elle a présenté une grippe, à l'occasion de laquelle elle est restée vingt-cinq jours au lit. Elle est retournée à son travail en février. C'est à ce moment que son entourage (son ami et ses voisins) s'est aperçu qu'elle divaguait, qu'elle disait avoir le pressentiment de ce qui devait se passer. Elle n'a jamais fait d'excentricité. Amenée à l'Hôtel-Dieu, elle n'a pu y rester, et on a dû l'interner d'office.

Le 9 mars 1931, la malade nous dit que c'est depuis qu'elle a été à l'Hôtel-Dieu qu'a commencé pour elle un calvaire, une véritable Passion, dit-elle. Elle a eu un

rêve, qu'elle ne se rappelle plus exactement, mais elle a conscience que les choses se déroulent « petit à petit », et qu'elle les a vues révélées dans ce rêve. C'est à ce moment qu'elle a fait un vœu, celui de régulariser sa situation, car elle vit depuis trois ans avec un jeune homme, et veut faire un mariage régulier et religieux. Pendant tout l'interrogatoire, la malade présente une attitude de prophétesse avec expression sybilline.

D'autre part, elle prétend ne pas être la fille de l'homme dont elle porte le nom, mais celle d'un homme qui aurait abandonné sa mère une fois enceinte. Depuis son rêve, la malade ne pense plus qu'à connaître son père véritable. Elle a d'ailleurs cru le reconnaître en la personne de son patron, dans la dernière usine où elle travaillait. A l'Hôtel-Dieu, elle aurait eu une autre vision; elle a vu un prêtre habillé en civil; ensuite, elle a entendu en pleine nuit les orgues de l'Hôtel-Dieu jouer des valses et des danses modernes. La malade sait bien d'ailleurs que c'est sa mère qui lui a transmis ce don d'avoir des visions, don qui lui vient de Dieu.

Par ailleurs, elle se prétend actuellement persécutée par sa sœur.

Autrefois, elle aurait été persécutée par ses camarades de l'usine, qui se moquaient d'elle et lui voulaient du mal. A l'Hôtel-Dieu, elle a été en butte aux médecins, qui ne voulaient pas croire qu'elle fût une déesse.

L'interrogatoire de cette malade est très facile. Elle a même beaucoup de logorrhée. Elle n'est pas désorientée dans le temps et dans l'espace.

A l'examen, le réflexe rotulien droit est aboli, le réflexe rotulien gauche est exagéré, les autres réflexes tendineux sont normaux.

A l'examen oculaire, les pupilles sont égales, ne réagissant pas à la lumière.

On ne note pas de dysarthrie, ni de tremblement de la langue ou des doigts.

La ponction lombaire est pratiquée et donne les résultats suivants :

Albumine : 0 gr. 70.

Sucre : diminué.

Wassermann : positif.

Cytologie : 97 éléments blancs par mmc.

Le 28 mars 1929, la malade est interrogée à nouveau. Elle semble ne plus délirer. Elle dit qu'elle se rend bien compte qu'il s'est passé quelque chose, mais qu'elle ne peut pas en vouloir à sa sœur, que les ouvrières de l'usine où elle travaillait ne lui en ont jamais voulu, qu'elle s'était mis toutes ces idées fausses dans la tête, et que si elle a raconté des bêtises, à l'Hôtel-Dieu, c'était passer ; elle avait eu « une crise ».

Il faut se demander s'il n'y a pas là-dessous des réticences. Physiquement, l'état général est bon ; le comportement dans le service est normal ; la malade s'occupe et ne récrimine pas.

Son ami, avec qui elle vit maritalement, voudrait la retirer, car il trouve qu'elle va tout à fait bien et ne délire plus. Cet homme est un buveur, mais il nie toute affection vénérienne. Il nous apprend que la malade a eu deux grossesses, qui ont donné deux mort-nés.

Le 28 mai 1929, il est noté : « La malade a été impaludée, le 29 avril ; elle a pris son premier accès le 7 mai ; elle a présenté neuf accès au-dessus de 40° tous les deux jours, puis trois accès tous les deux jours également, mais ne s'élevant qu'autour de 38° 5, accès bien supportés. Elle n'a jamais présenté ni sucre, ni albumine, ni ictère.

Le 16 juillet, une ponction lombaire donne les résultats suivants :

Albumine : 1 gr. 20.

Sucre : normal.

Cytologie : 18 lymphocytes par mmc.

La malade est très améliorée, et peut être rendue à sa famille, qui la réclame, pour une sortie d'essai de un mois.

OBSERVATION V

Mme Eugénie P..., Veuve B..., 56 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital Edouard-Herriot, le 23 avril 1938, par le Docteur B..., pour crise de dépression nerveuse.

On ne relève rien de bien notable dans ses antécédents. Son père est mort à 45 ans ; sa mère à 70 ans, tous deux d'affection indéterminée. Elle a deux frères dont un est mort de cardiopathie, une sœur en bonne santé.

Personnellement, elle a eu les maladies de l'enfance ; elle n'a jamais présenté de convulsions. Réglée depuis l'âge de onze ans, toujours très irrégulièrement. Elle a fait une ménopause non troublée. Elle a été mariée deux fois. Son premier mari est mort d'accident. Son deuxième mari a été emmené par une tuberculose pulmonaire. Elle a eu six enfants et une fausse couche. Tous ses enfants, sauf sa fille, sont morts en bas âge.

C'est depuis le mois de décembre dernier que la malade est irritée par la méchanceté de ses voisins d'en dessous. « C'est un ménage de brigands, nous dit-elle ; ils sont deux hommes pour une femme ; ils font constamment du bruit, crient et chantent à tue-tête, font marcher la T. S. F. très fort et empêchent tout le monde de dormir. Ils veulent m'attirer chez eux pour salir ma réputation et me faire quitter mon appartement pour être plus libres ». Comme elle ne veut pas aller chez eux, ils se vengent. On lui détraque sa sonnette, on lui colle

des timbres sur sa porte, on lui envoie des courants électriques et de mauvaises odeurs ; on raconte à tout le monde que c'est une femme de mauvaise vie.

Le 26 avril, la malade est envoyée à la clinique de Vinatier, avec le certificat suivant : « Idées de persécution avec hallucinations auditives et interprétations ».

La malade est calme à l'entrée ; elle n'est absolument pas désorientée dans le temps ou dans l'espace. On note à la date du 27 avril, qu'il s'agit d'une persécutée, avec interprétations auditives. Toutes les fois qu'un malade parle, elle se dresse dans son lit, persuadée que c'est à elle que l'on parle. Par ailleurs, hallucinations auditives certaines. Elle entend des voix. Ce sont des gens qui lui en veulent, mais contre lesquels elle n'a jamais porté plainte. Ces hallucinations auditives datent déjà de quelque temps ; elles ont empiré ces jours derniers. Elle présente, d'autre part, des hallucinations cenesthésiques : « On m'envoie de l'électricité, on m'écrase la poitrine ».

Purgée à son entrée à l'hôpital du Vinatier, elle est persuadée qu'on a voulu l'empoisonner. « Jamais une purge ne m'a fait un tel effet, dit-elle ; je me suis laissée aller dans mon lit ; d'ailleurs, je sais bien que je suis fichue et qu'on veut me tuer ».

L'examen neurologique est négatif. Au point de vue somatique, au cœur, on note quelques extra-systoles, et peut-être un dédoublement du deuxième bruit. La tension artérielle est à 14/9.

Devant ce tableau clinique, on pratique les réactions humorales, qui sont toutes très positives.

Le 19 juin 1938, la malade a fait un ictus. Sa parole est très embarrassée. Cet ictus est très vraisemblablement en rapport avec la paralysie générale de cette malade, chez qui on pratiquera l'impaludation dès que son état le permettra. L'ictus est traité par les moyens

habituels, et la malade qui avait été très mal, s'améliore progressivement.

Le 2 juillet 1938, la malade est impaludée ; elle fait une dizaine d'accès réguliers.

Peu après l'impaludation, se produit une amélioration notable, qui se maintient. On ne note plus d'idées délirantes, et le 24 octobre, on signe un certificat de situation constatant qu'elle peut sortir. Une dizaine de jours plus tard, la malade quitte le service. Elle n'est plus persécutée. Son ictus ne lui a laissé aucune séquelle et son état général est bon.

OBSERVATION VI

Antonine G..., 48 ans, femme de ménage.

Il s'agit d'une malade atteinte de psychose hallucinatoire qui est envoyée par la police. Elle entre à l'hôpital Edouard-Herriot, le 9 janvier 1937.

On ne relève rien de notable dans ses antécédents. Elle était femme de ménage chez le Docteur Q...

Le début de ses malheurs et de ses persécutions remonte à trois mois. Ses voisins lui veulent du mal, pénètrent chez elle ; on l'injurie ; on a voulu l'asphyxier, l'empoisonner. D'autre part, elle présente des hallucinations nettement caractérisées. Cette nuit, elle a entendu des chiens, des oiseaux. Elle a vu distinctement sa sœur faire le tour de sa table de nuit ; elle a appelé en vain.

Par ailleurs, la malade paraît violente et bien décidée à se défendre. Elle a porté plainte contre son patron.

Outre ce thème délirant très net, elle présente une débilité mentale assez accentuée et qui ressort dans les explications qu'elle nous donne. Elle fait intervenir la radio qui l'oblige à parler continuellement.

A l'examen, on est en présence d'une malade squelettique « à la suite de la grève de la faim qu'elle a été obligée de faire ».

Le 12 janvier, elle est envoyée dans le service de Vinateur, avec le certificat suivant : « Interprétations pathologiques, paralogie, égocentrisme, idées délirantes de persécution bien systématisées ; hallucinations olfactives ».

A son entrée dans le service, on est en présence d'une malade affable, ne présentant pas de désorientation dans le temps ni dans l'espace, et qui répond avec assez de précision à l'interrogatoire. On ne note pas de signes de défaillance intellectuelle. L'attention est soutenue, la mémoire ne semble pas troublée. Il n'y a pas de puerilisme.

De notre première conversation, il ressort que la malade fait remonter ses troubles au 25 décembre dernier. En sortant de la messe de minuit, elle s'est sentie suivie, et depuis, elle se sent suivie et surveillée par des gens qui ne sont pas de la police. Déjà depuis deux mois, certaines personnes lui parlent par les ondes, ondes qui la pénètrent, passant le plus souvent par le bras gauche. De plus, ces gens voient tout ce qui se passe chez elle, grâce à leurs appareils. De même, ils sont parvenus à accaparer son gaz d'éclairage, pour en faire bénéficier la voisine, alors que c'est son compteur à elle qui tourne. Elle s'en est aperçue grâce à la montre indicatrice qu'elle possède.

Le 25 décembre dernier, la surveillance dont elle était l'objet était tellement affolante, qu'elle s'est rendue chez le commissaire de police, qui l'a confiée à un médecin et à un infirmier ; elle avait des lettres à mettre à la poste ; mais elle ne l'a pas fait, parce qu'on la suivait.

Dans ses antécédents, on ne relève rien au point de vue mental, ni au point de vue héréditaire, ni au point de vue personnel.

A noter pourtant qu'elle a eu, en 1913, un accident : elle est tombée sur le nez et a présenté une fracture du nez, mais le traumatisme n'a pas été très important, et en particulier, elle n'a pas perdu connaissance.

L'examen de cette malade montre des réflexes tendineux vifs. Au point de vue oculaire, les réactions sont paresseuses. Il n'y a pas de dysarthrie.

L'examen somatique ne montre rien d'anormal par ailleurs. Il faut pourtant signaler que la malade souffre depuis longtemps de sclérose du tympan, pour laquelle elle est allée consulter.

Devant ce tableau clinique, on pratique les réactions sérologiques et humorales, qui sont très positives, et en faveur d'une méningo-encéphalite.

Le 29 janvier 1937, on peut avoir quelques renseignements par ses deux sœurs. On apprend qu'elle est brouillée avec une de ses sœurs, parce qu'elle lui a donné un renseignement inexact au sujet des obsèques de leur sœur, morte l'an dernier. On peut se demander si ce renseignement inexact n'était pas déjà causé par la paralysie générale actuelle de la malade.

Le 10 mai, le chef de clinique, (Docteur Brunerie), note : « Revue ce jour, la malade a eu un traitement complet au Stovarsol. N'a pu encore être impaludée, à cause de son état de santé antérieur, mais cette impaludation doit être faite incessamment. Le délire n'a pas changé. La malade, quand elle touche certaines choses, sent de mauvaises odeurs, le gaz en particulier ; les ondes, c'est le soleil et la lune (elle ferme un œil) ; je vous les présente. Ce délire n'est pas systématisé ; elle affirme de pas savoir qui lui en veut, et lui fait des misères, ni dans quel but. Cependant, on note non seulement un aspect hallucinatoire, avec des réactions typiques de persécution, mais une certaine incohérence de langage et de gestes ».

Le 18 mai suivant, la malade est impaludée.

Le 1^{er} juillet 1937, la malade a bien supporté l'impaludation (sept accès) qui s'est arrêtée d'elle-même.

A la suite de ce traitement, on note une amélioration notable, en particulier une atténuation très nette des troubles délirants, amélioration qui se poursuit régulièrement. Par ailleurs, l'état général est satisfaisant. Aussi, on note, à la date du 4 octobre suivant : « La malade revue à ce jour, semble très améliorée, parle normalement. Elle nous dit être très énervée, ce qui est vrai, mais ne semble pas persécutée. Une sortie pourrait être possible, si la famille donnait des gages de surveillance suffisante ».

OBSERVATION VII

Marie-Anne S..., femme G..., 52 ans, ménagère.

La malade est envoyée dans le service, avec le certificat d'admission suivant : « Troubles progressifs du caractère, des éléments intellectuels et affectifs de sa vie mentale, allures excentriques, dépenses puériles et exagérées, agressivité quotidienne, récriminations continuelles contre son entourage, a perdu la notion du temps ; se croit persécutée ; croit qu'on veut la voler, la violer, etc... ». (D^r Brunerie).

Les circonstances qui ont motivé son internement sont consignées dans un procès-verbal du commissaire de police où il est dit notamment : « Depuis quelques années, Mme veuve G... donnait des signes d'aliénation mentale. Depuis quelque temps, son état est allé en s'aggravant ; elle refuse de s'alimenter, quitte son domicile mal vêtue, passe son temps dans les rues, attirant l'attention de tout le monde. Le Docteur Brunerie, qui l'a visitée, conseille de la faire interner ». La belle-sœur

de la malade confirme que Mme G... paraît réellement atteinte d'aliénation mentale, qu'actuellement, son état s'est sérieusement aggravé, qu'elle devient dangereuse pour elle et son entourage.

A l'entrée, la malade est calme, puérile, paraissant indifférente à son état. On apprend que son mari est mort en 1917, d'un cancer. Sa fille est mariée, et en bonne santé. On ne relève rien d'important dans ses antécédents personnels. Elle habitait seule ; elle avait autrefois travaillé dans un cinéma, puis dans un restaurant. Depuis longtemps déjà, elle avait cessé tout travail. Elle s'occupait de son ménage et se promenait ; elle se plaisait à regarder les toilettes dans les rues. C'est au cours de ces promenades qu'elle a eu une grande « frayeur ». Elle a rencontré des hommes portant de longues barbes ; « ce sont des êtres abominables, horribles, qui se réunissent dans des maisons spéciales, et vivent on ne sait comment ni de quoi ». Elle vit également des hommes qui lui firent des gestes obscènes, prononcèrent des paroles qu'elle n'ose répéter. Elle prétend enfin avoir été attaquée, la nuit, dehors, à trois reprises différentes. On voulait la voler ou la violer. Ces agressions remonteraient à dix ans. Mais il se peut fort bien, étant donné la désorientation de la malade dans le temps, que ce soient des interprétations déterminées par son état mental actuel. Elle semble, en effet, avoir complètement perdu la notion du temps. « Nous sommes en 1923 ; la guerre a débuté en 1878 » ; son mari, décédé en 1917, est mort pour elle depuis 23 ans. Par contre, la mémoire d'évocation est assez bien conservée, et la malade se souvient des différentes étapes de sa vie. La mémoire de fixation est un peu touchée.

A l'examen somatique : l'état général est bon ; il n'y a rien à signaler aux divers appareils.

L'examen neurologique montre : les réflexes rotuliens

abolis, réflexes achilléens faibles. Aux membres supérieurs, réflexes normaux.

Au point de vue oculaire, inégalité pupillaire, avec pupille gauche en myosis ; aucune réaction à la lumière, ni à droite, ni à gauche. Il n'y a pas de dysarthrie.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une hyperlymphocytose avec douze éléments, albumine à 0,90, Wassermann très positif.

La malade présente une baisse notable de l'état général. Pour cette raison, il est impossible de l'impaluder.

Elle reçoit deux traitements au Stovarsol. Il n'y a pas d'amélioration notable, au point de vue mental. L'état général est stationnaire.

Le 19 octobre 1931, la malade est décédée, sans qu'il soit possible de connaître cliniquement la cause du décès.

OBSERVATION VIII

Alphonse P..., 36 ans.

Il entre dans le service le 17 janvier 1930, envoyé de l'hôpital de Villeurbanne, avec le certificat suivant : « Je soussigné J. F..., médecin de l'hôpital de Villeurbanne, certifie que M. P... Alphonse, cantonnier, en traitement dans mon service depuis le 11 janvier, présente depuis plusieurs années des troubles délirants, aggravés ces derniers temps, coupés d'accès de mutisme. Son état le rend dangereux aux autres et à lui-même et nécessite son internement dans un établissement spécial ».

Nous ne savons pas grand'chose des antécédents de ce malade ; son père est décédé en 1907, sa mère en 1924. Il a quatre frères en bonne santé. Il est marié ; sa femme a eu quatre enfants, dont trois mort-nés et une petite, décédée à l'âge de seize mois.

Personnellement, le malade a été blessé par un obus en 1916 ; il a eu, à la suite, une résection de la cheville et d'une partie du calcanéum, dont il a gardé une atrophie musculaire avec déviation du pied gauche. Il a eu un chancre en 1916 ; depuis, il a reçu trois séries d'arséno-benzol.

A l'examen, on note surtout des hallucinations auditives, principalement la nuit, où il entend des voix derrière la porte. A ce propos, il a ordonné à son fils de briser les vitres.

D'autre part, délire de persécution très net : On cherchait à l'assassiner ; il se levait la nuit et prenait des barres pour se défendre. Sa femme nous dit que depuis deux ans, il était très méchant et insolent avec tout le monde ; qu'il dormait peu la nuit et avait fréquemment des cauchemars ; il se levait en proie à des persécutions imaginaires. Il était coléreux, violent, très exalté, faisait beaucoup de politique.

Il faut noter une intoxication éthylique importante. Lui-même avoue qu'il buvait un ou deux litres de vin par jour. Sa femme précise qu'il buvait journellement, le plus souvent du vin blanc.

Actuellement, ce malade présente des hallucinations auditives. Par moments, on lui parle ; il a ses yeux fixés au plafond, ses lèvres remuent, il a l'attitude caractéristique d'un halluciné. Il nous dit lui-même qu'on lui téléphone de l'Autriche pour un concours. D'autre part, délire de richesse assez net : il a un capital de 650.000 francs, possède une auto. Euphorie légère. La fixation de l'attention est très difficile. On note un degré assez net d'affaiblissement intellectuel. Pourtant, la mémoire semble être assez bien conservée.

A l'examen somatique : les réflexes tendineux sont exagérés. On note une inégalité pupillaire avec myosis à gauche. Les réactions lumineuses ne sont pas obtenues.

On ne note pas de tremblements de la langue ou des doigts, malgré l'intoxication éthylique certaine. L'achoppement à la prononciation des mots d'épreuve est léger. L'examen général ne montre rien d'anormal. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une hyperlymphocytose avec cinq éléments, une albumine à 0 gr. 45 et un Wassermann très positif.

Il s'agit d'une méningo-encéphalite, et le 25 avril 1930, le malade est impaludé.

Peu après la malariathérapie, on pratique à nouveau une ponction lombaire, qui montre une hyperlymphocytose à cinq éléments, albumine 0 gr. 30, Wassermann très positif. Le malade n'est pas amélioré. L'irritabilité est considérable, l'affaiblissement intellectuel profond, et l'incohérence de plus en plus manifeste. Depuis ce moment, le malade s'est enfoncé dans une démence progressive et actuellement il se présente comme un dément très désagréé.

OBSERVATION IX

Georges P..., 51 ans.

Le malade entre dans le service le 3 janvier 1929 avec le certificat suivant : « Signes de persécution. Il s'est mis à nu à l'usine où il travaillait. A mis ses effets dans le foyer d'un poêle allumé. A l'examen, le malade garde un mutisme absolu ».

Les circonstances qui ont motivé l'internement sont consignées dans un procès-verbal où il est dit notamment que depuis trois semaines, Georges P... présente des signes de dérangement cérébral qui s'accroissent tous les jours. Malgré cela, il n'a cessé son travail que depuis le 2 janvier. Il est revenu à l'usine le lendemain

à une heure, dans un état d'hébétude complet. Il s'est assis dans la loge des gardes, refusant de s'en aller, ne prononçant aucune parole, se bornant à fixer de ses yeux hagards les personnes qui l'approchaient. (Tous ces détails sont donnés par un de ses camarades de travail).

Mme H..., femme de ménage, qui faisait son ménage depuis qu'il est veuf, confirme le fait que depuis trois semaines, il présentait des signes de dérèglement cérébral. Le Docteur B..., requis pour l'examen, conclut à l'internement.

Dans les antécédents de ce malade, on relève deux choses : un éthylysme important et certain (vin, apéritifs, alcools divers), une syphilis contractée à seize ans, mal soignée, avec accidents secondaires.

A l'interrogatoire, le malade nous avoue que depuis une année environ, son caractère a subi des modifications profondes. Il était sombre et préoccupé ; ses nuits étaient mauvaises, coupées de cauchemars et d'hallucinations auditives, quelquefois même visuelles. Il se trouvait alors dans un état d'anxiété et de peur, interprétant tous les bruits de la maison, mais il n'a pas fait de raptus panophobique. Le jour, il travaillait aux Etablissements Rochet, où il n'a pas eu de querelle avec ses camarades d'atelier. Un jour, sans qu'il ait fait d'excès éthylique particulier, il s'est déshabillé, et une fois nu, a brûlé ses vêtements.

Par l'interrogatoire d'une personne vivant près de lui, on apprend que depuis quelque temps, après une période de tristesse et de prostration, le malade, qui était d'ailleurs toujours sombre, est devenu agité, sacageant son appartement, brûlant ses affaires ou les jetant par la fenêtre. A deux reprises, le 2 et le 3 janvier, il garda un mutisme complet, pendant plusieurs heures. A son entrée dans le service, il n'a pas proféré un mot et est resté complètement muet pendant qua-

rante-huit heures. Il a commencé à prononcer quelques paroles le troisième jour.

A noter que la sœur du malade donne des signes de déséquilibre mental grave. Le jour, elle est calme ; elle travaille dans une maison de couture, où elle donne toute satisfaction. Mais la nuit, elle est très agitée. On lui envoie des gaz asphyxiants qui la fatiguent. Son persécuteur serait le directeur d'un grand magasin, dont elle a refusé d'être la maîtresse. La nuit, pour se protéger des influences maléfiques, elle prend un parapluie et se couvre la tête. Le voisinage de cette sœur malade n'a pas été sans influencer l'état mental de son frère. D'autre part, il vivait avec une amie, déjà mariée par ailleurs, et aurait eu de ce fait mille contrariétés. Il ne s'est jamais livré à aucune violence envers le mari de son amie.

L'état général est bon, quoique le malade souffre depuis plusieurs années de douleurs articulaires très vives, mais passagères, de douleurs stomacales fulgurantes. Il se plaint également de ses jambes, qui parfois se dérobent. Il présente de temps en temps des troubles de la marche. Il nous dit qu'il lui arrive d'avoir de la peine à garder la station debout.

L'examen montre des signes d'éthylisme certains : tremblement des extrémités, pituites matutinales, faciès caractéristique.

Au point de vue neurologique, les réflexes sont vifs ; le réflexe plantaire est normal. On note un tremblement de la langue assez net. Il n'y a pas de dysarthrie. Le signe de Romberg n'est pas obtenu.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une albumine à 0,40, une hyperlymphocytose avec cinq éléments par mmc. ; le Wassermann est négatif.

Le 11 février 1929, le malade est impaludé.

Le 13 mars, il a fait treize accès bien supportés.

Une ponction lombaire pratiquée le 26 octobre sui-

vant, montre une albuminose à 0 gr. 30, avec moins d'un lymphocyte par mmc., et un Wassermann négatif.

A la suite de ce traitement, on ne note pas d'amélioration du tout. Le malade s'enfonce dans un état de démence progressive. On note, le 24 août 1932, dans un certificat de situation, qu'il est dans un état qui permet de le considérer comme incurable, tout au moins comme devant faire un long séjour dans le service.

Par la suite, l'état du malade ne fait que s'aggraver, et il est décédé le 8 avril 1934, de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION X

Paul M..., 41 ans, comptable.

Ce malade nous est envoyé du service du Professeur Paviot,, avec le diagnostic d'insuffisance aortique et de spécificité, parce qu'il a essayé de se suicider par un coup de rasoir au niveau du cou.

On ne relève pas de maladie de l'enfance dans ses antécédents. Il a eu une pleurésie séro-fibrineuse à vingt ans. Il est marié. Il a un enfant en bonne santé. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

C'est en 1934 qu'ont commencé les troubles dont souffre actuellement le malade. Il se plaint de douleurs thoraciques précordiales, avec crises paroxystiques. Il compare ces douleurs à des sensations de broiement, de torsion du cœur (comme dans un étai, dit-il). Il n'y a pas d'irradiations douloureuses précises, mais seulement quelques sensations de fourmillement et de doigt mort. A cette époque, il a fait un séjour de un mois dans le service du Docteur Bouchut, où on lui a fait un traitement au bismuth.

L'examen de l'appareil respiratoire ne montre rien d'anormal.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace légèrement en dehors. On trouve au niveau du deuxième espace, un souffle diastolique assez net, se propageant le long du bord gauche du sternum. Le pouls est bien frappé à 80. La tension artérielle est à 13/7,5. Il n'y a pas de signes périphériques d'insuffisance aortique.

Le malade nie toute spécificité, mais on trouve une cicatrice de chancre vers le repli balano-préputial. Les examens sérologiques montrent des réactions de Wassermann, Kahn, Menicke très positives.

Au point de vue neurologique, les réflexes sont normaux ; il n'y a pas de troubles de la parole.

L'examen ophtalmologique pratiqué par le Professeur Bonnet montre :

Pupilles égales et régulières.

Réflexes normaux.

Motilité oculaire normale.

Sensibilité cornéenne conservée.

Champ visuel normal.

Fond d'œil normal.

Le Docteur Bourrat conclut après examen du malade : « Le syndrome psychique reste celui de la mélancolie anxieuse, avec auto-accusation et raptus anxieux, comportant la tentative de suicide signalée ci-dessus. Bien que l'interrogatoire ne révèle ni déficit psychique, ni signe moteur, comme la dysarthrie vraie, il faut s'orienter vers le diagnostic de mélancolie symptomatique d'une paralysie générale à son début ».

Le 9 juin, le malade est envoyé dans le service de Vinatier, avec le certificat d'admission suivant : « Est un spécifique présentant une insuffisance aortique. Réactions positives dans le L. C. R. et le sang. Il fait un état anxieux qui comporte le délire mélancolique d'auto-

accusation, et a entraîné une tentative de suicide par coup de rasoir (sans gravité) ».

A l'entrée, il s'agit d'un mélancolique avec teinte de persécution, qui présente des réactions humorales très positives. L'état du cœur empêchant actuellement toute impaludation, on pratique un traitement au Stovarsol.

Le 29 juin, il est noté : « Le malade présente depuis quelque temps des idées de persécution. Les infirmiers ne lui font pas son traitement ; il sent que son cœur ne va plus ; on veut le tuer ».

Le 28 juin, il s'est plaint d'un malade, un jeune dément précoce, amélioré et très tranquille, qui aurait voulu l'étrangler, ce qui est manifestement faux. « J'ai porté plainte, dit-il, parce qu'il ne m'a pas fait assez mal ».

L'état cardiaque est sans changement. Le stovarsol est remplacé par le bismuth, avec surveillance attentive des urines.

Le 25 septembre suivant, le chef de clinique, Docteur Brunerie, note : « Le malade interprète tout comme un hypocondriaque, c'est-à-dire comme un malade mental interprétant des phénomènes physiques sans doute réels, puisqu'en rapport avec une insuffisance aortique antérieure. Quant à ses interprétations délirantes, elles portent surtout sur son suicide : tentative causée par la ponction lombaire, d'où vient en partie son mal, et actuellement, troubles circulatoires dûs à la mauvaise suture de la région latérale droite du cou. En réalité, la cicatrice est excellente, et d'ailleurs, la blessure n'avait intéressé que les plans superficiels non aponévrotiques. Il y a peut-être un élément hyperthyroïdien et quelques troubles vago-sympathiques associés. Traitement : hamamélis, passiflore, lugol. Ensuite, digitaline et trinitrine caféinée ».

Le 1^{er} décembre, le malade nous écrit une lettre parfaitement correcte, claire, sans fautes d'orthographe et

sans trouble d'écriture, où on peut bien voir que ses interprétations délirantes continuent. Il écrit : « Il y a un cas, Monsieur le Docteur, sur lequel je vous prierais de bien vouloir apporter toute votre attention. C'est le coup de rasoir à Grange-Blanche. *Il est absolument certain qu'on m'a fait à l'hôpital un pansement défectueux; je n'en démordrai jamais* ».

Le 24 décembre, suivant, le Docteur Brunerie note : « Amélioré par la trinitrine, en ce qui concerne ses troubles cardiaques. Interprète un peu moins. Tranquille. Une sortie d'essai peut être tentée, bien que sa femme ne comprenne rien à ses malaises ».

Il sort le 31 décembre.

Il revient peu après à la clinique, dans les circonstances suivantes : Docteur Bourrat : « Revient dans le service parce qu'il donne les signes d'un véritable syndrome maniaque : logorrhée, graphorrhée. Il accumule lettres sur lettres, écrit aux journaux, distribue des livres à ses voisins : un Evangile de Karl Marx... Il se montre assez irritable et précisément il nous vient d'un pavillon de médecine où l'on n'a pu le garder quarante-huit heures, à la suite de menaces sur la sœur cheftaine. Pas de dysarthrie, pas de nouveaux signes nets de paralysie générale. On se demande s'il s'agit d'un cyclothymique, mélancolique lors de son dernier séjour, maniaque actuellement, ou si cet état se trouve influencé par une syphilis du névraxe. La première hypothèse semble la plus vraisemblable, puisque le résultat de la ponction lombaire ne nous est pas connu. Seul le Wassermann du sang apparaît très positif ».

Le 28 mai 1938, le malade est revenu une troisième fois dans le service. Le Docteur Bourrat, après examen, consigne dans l'observation : « Revenu dans le service depuis le 22 mai. Hospitalisé dans le service du Professeur Froment, a essayé de se sauver par la fenêtre. Ici,

il nous frappe par l'incohérence de ses propos. Sans faire preuve d'une grande excitation, il nous raconte une histoire de persécution qu'il aurait subie ce matin : pierres, morceaux de verre dans son organisme, estomac bouché. Pas de dysarthrie nette dans la parole spontanée. Un peu d'achoppement dans les mots d'épreuve. Les pupilles réagissent bien. Les réflexes tendineux sont obtenus aux membres inférieurs ».

La ponction lombaire montre :

Cytologie : 2 éléments blancs par mmc.

Albumine : 0 gr. 30.

Wassermann : très positif.

Le Docteur Bourrat conclut : « L'examen du L. C. R. montre un Wassermann très positif ; pas de lymphocytose ni d'hyperalbuminose. Ce sujet a déjà été traité par le stovarsol à l'asile, ce qui a sans doute fait disparaître la réaction inflammatoire. Il est possible du reste que ce sujet présente une constitution cyclothymique, qui donne une allure particulière à sa paralysie générale. Nouvel internement ».

Le malade est interné avec le certificat suivant : « Est un spécifique ancien, qui donne des signes de dépression hypocondriaque avec propos de dément. Wassermann positif ce jour dans le L. C. R. ».

On est en présence d'un malade qui parle beaucoup. Dans les jours qui suivent, il commence un délire de grandeur. Il a beaucoup d'argent, traite des affaires magnifiques. Il est très euphorique.

Le 23 septembre 1938, le malade a été impaludé, son état cardiaque le permettant. Il a fait des accès normaux, qui ont été bien supportés.

Du 22 octobre au 1^{er} décembre 1938, il a reçu un traitement au stovarsol. Par la suite, et surtout à partir du mois de décembre, on a constaté une très grosse amélioration, qui semble se maintenir.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

« Chez certains paralytiques, les idées de persécution se manifestent parfois avec une certaine ténacité et peuvent même, dans certains cas, simuler un délire de persécution systématisé. »

MAGNAN et SÉRIEUX.

Esquirol, démembrant la mélancolie des anciens auteurs, sépara la lypémanie des monomanies. Parmi les monomanies, Lasègue isola plus tard le délire de persécution.

Magnan, en 1890, donna une classification bien nette des délires. D'une part il décrit le délire chronique à évolution systématique, d'autre part les délires des dégénérés. Le délire chronique était surtout caractérisé par son évolution en quatre périodes : une première phase de malaise et d'inquiétude, une seconde où le délire apparaît plus précis, le plus souvent accompagné d'hallucinations; une troisième, mégalomaniacque, et une quatrième, terminale de dé-

mence. D'autre part, Magnan décrivait les délires des dégénérés chez des sujets à hérédité chargée, les idées délirantes y étant multiples, mobiles, polymorphes; les idées de persécution coudoyant les idées mystiques ou hypocondriaques, plusieurs conceptions pouvant se succéder ou s'intriquer. Par ailleurs ces troubles se présentaient souvent comme des « bouffées délirantes » curables.

A cette époque, l'Ecole allemande étudiait, sous le terme de « paranoïa » des états qui correspondaient à ceux qu'Esquirol avait désignés sous le nom de monomanies. Kraepelin apporta une nouvelle classification qui s'appuyait sur deux grands groupes : démence précoce et psychose maniaque dépressive. Il réunit sous la rubrique de « paranoïa » les faits que Magnan classait parmi les délires des dégénérés. Il faisait rentrer tous les délires hallucinatoires dans le groupe de la démence précoce, admettant que tous ces délires avaient une base démentielle.

La conception de l'Ecole de Munich souleva de nombreuses critiques chez les auteurs français. Arnaud, Trénel et Séglas n'admettaient pas de base démentielle dans les psychoses hallucinatoires. Le délire chronique de Magnan fut défendu par Sérieux. D'ailleurs Kraepelin allait être amené à réformer quelques points de sa doctrine. Il admit que certains délires pouvaient évoluer pendant toute la vie du malade sans qu'apparaissent de troubles dementiels et que d'autres fois la démence pouvait être due à un état organique surajouté, sénilité par exemple. Il ran-

gea ces faits dans un groupe d'attente mal limité auquel il donna le nom de paraphrénie.

Actuellement, à la suite des travaux français de Régis, de Rogues de Fursac, à la suite des travaux de Dupré, puis de Delmas et Boll sur les constitutions psycho-pathologiques, M. le Professeur Claude distingue deux ordres de faits : d'une part les formes pures, délires hallucinatoires, d'interprétation, d'influence ; d'autre part, ce qu'il appelle le syndrome d'action extérieure. Ce syndrome où s'intriquent et s'associent des éléments différents est caractérisé par le fait que les malades rapportent à une action extérieure des troubles cénesthésiques ou des modifications de leur personnalité. L'étude détaillée de ces faits sort du cadre de notre sujet ; aussi indiquerons-nous simplement qu'il s'agit là de phénomènes très fréquents, les formes pures étant au contraire beaucoup plus rares.

Au point de vue nosologique, le Professeur Claude et ses élèves distinguent les psychoses paranoïaques et les psychoses paranoïdes. Les psychoses paranoïaques, dont le type le plus parfait est le délire des persécutés persécuteurs, se caractérisent par le terrain constitutionnel spécial : constitution paranoïaque sur lequel évolue la psychose. De plus les troubles ne s'accompagnent d'aucun déficit intellectuel et n'évoluent pas vers la démence. Les psychoses paranoïdes se différencient des précédentes par l'absence de constitution paranoïaque caractérisée et la moindre systématisation du délire. C'est dans ce cadre que rentrent les formes paranoïdes de la démence précoce, cer-

taines psychoses syphilitiques et les délires de persécution de la paralysie générale que nous étudions.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces questions. Nous avons voulu simplement indiquer les grandes lignes des principales conceptions nosologiques concernant les délires systématisés et les formes de paralysie générale qui font l'objet de ce travail.

Cliniquement, on rencontre dans ces délires de persécution de la paralysie générale, les idées délirantes banales des psychoses constitutionnelles. Ce sont ses voisins qui persécutent Mme B... (Obs. V). Ils font du bruit, détraquent sa sonnette, envoient des courants électriques à travers la porte, veulent l'obliger à quitter son appartement. Purgée à son entrée à l'hôpital, elle nous accuse d'avoir voulu l'empoisonner. Mlle G... (Obs. VI) serait suivie dans la rue et surveillée dans tous ses faits et gestes. On accapare son gaz d'éclairage.

Les hallucinations sont fréquentes. Les hallucinations auditives avaient depuis longtemps attiré l'attention des auteurs et à la suite de Serieux, Mignot, Ducosté, Janet, on a rapporté des cas où elles semblaient liées à des lésions de la couche temporale. On peut rencontrer aussi des hallucinations visuelles, psychiques, tactiles, olfactives. Dans un certain nombre de cas, ces troubles sensoriels paraissent en rapport avec des intoxications exogènes, surtout éthyliques, ou des auto-intoxications. A ce propos, M. le Professeur J. Lépine écrit : « On a longuement discuté l'existence possible d'hallucinations. Pour beaucoup elles sont exceptionnelles ; le délire paralytique serait alors un

délire d'imagination (Dupré et Logre). Il semble bien qu'en fait, elles existent chez un nombre important de malades, mais surtout à titre d'épisode psychologique transitoire. On remarque du reste que les hallucinations auditives sont de toutes les plus rares chez les paralytiques généraux. Dès lors on peut se demander si les hallucinations visuelles, tactiles, psychomotrices que l'on constate plus ordinairement ne sont pas tout simplement des accidents toxiques sans lien véritable avec le processus encéphalitique. On peut se poser la question d'autant plus qu'en dehors de l'alcoolisme, qui coexiste fréquemment avec la paralysie générale, d'autres intoxications, surtout des auto-intoxications digestives, peuvent intervenir ».

C'est dans les formes que nous étudions qu'on rencontre le plus de phénomènes hallucinatoires ; c'est là qu'on peut voir des hallucinations auditives. Nous en avons rencontré dans nos observations III, V, VII, VIII. Les hallucinations tactiles ne sont pas rares. Mme B... (Obs. V) se plaint de ce qu'on lui envoie des courants électriques.

Chez Mme L... (Obs. IV) il s'agit d'un épisode onirique de rêve prophétique. L'onirisme peut en effet se rencontrer dans ces formes de méningo-encéphalite. Une malade de Mlle Serin raconte qu'à Tenon elle a accouché de quarante petits chats.

L'allure clinique des troubles délirants est variable. Le délire de persécution est parfois le seul trouble mental observé (Obs. V et VI). Ces cas sont ceux dont le diagnostic comporte le plus de difficultés. C'est un examen approfondi avec étude des réactions humo-

rales qui permet de découvrir l'étiologie méningo-encéphalitique. D'autres fois, ce sont les cas les plus nombreux, les idées de persécution sont intriquées avec d'autres idées délirantes. Mme L... (Obs. IV) présentait un délire de persécution associé à un délire prophétique. Claude M... (Obs. II) présentait un délire d'interprétation avec idées hypocondriaques et de persécution ; Pierre P... (Obs. I) a manifesté des idées de persécution qui s'intriquaient avec des idées de grandeur. Cette association est peut-être la plus fréquente. Rogues de Fursac montre que dans les cas de cet ordre, les malades se plaignent parfois de ce qu'on leur a volé leur immense fortune.

Outre les troubles délirants, on note chez certains sujets des signes d'affaiblissement intellectuel (Obs. VII), ce qui facilite considérablement le diagnostic. C'est là le cas le plus fréquent. D'autres fois, comme chez Mlle G... (Obs. VI) il n'y a absolument aucun signe, même discret, de déficit.

Les autres signes de méningo-encéphalite, en particulier les signes neurologiques, sont plus ou moins complets suivant les cas. Le syndrome humoral est pratiquement toujours positif, mais il ne permet pas d'affirmer autre chose que l'existence d'une spécificité nerveuse.

L'éthylisme, qui paraît jouer un rôle assez important dans la genèse des troubles délirants, est parfois très net, comme chez M. P... (Obs. VII). D'autres fois, il est difficile à mettre en évidence. Il est certain qu'il est fréquent, mais il est difficile d'affirmer qu'on

le rencontre plus fréquemment dans ces formes avec délire de persécution que dans les formes habituelles.

Si, au terme de cette étude clinique, nous essayons d'en dégager les caractères principaux, nous voyons qu'il y a deux ordres de faits essentiels : un délire de persécution plus ou moins net, des signes de paralysie générale plus ou moins faciles à déceler. Dans les cas où le délire rappelle à s'y méprendre un délire constitutionnel et où les signes de méningo-encéphalite sont discrets, le diagnostic est particulièrement difficile

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

« La forme paranoïde de la paralysie générale, est la forme délirante qui prête à le plus d'erreurs de diagnostic. »

Mlle PASCAL.

Le diagnostic de ces formes de la paralysie générale est souvent difficile. Il comprend deux étapes : le diagnostic du délire et celui de la méningo-encéphalite.

Le diagnostic du délire est facile. Le plus souvent c'est lui qui domine la scène clinique. Il s'agit d'un délire de persécution plus ou moins cohérent avec ou sans hallucinations, parfois tout à fait semblable à un délire constitutionnel ; notre malade G..., par exemple, se présentait tout à fait comme une persécutée banale.

La reconnaissance de la méningo-encéphalite est la partie la plus importante du diagnostic. C'est là qu'on peut rencontrer des difficultés. Les erreurs viennent surtout de ce qu'on n'a pas songé à une étio-

logie paralytique possible. On est en présence d'un délire de persécution assez typique ; on a tendance à l'étiqueter constitutionnel alors qu'il ne faut ranger dans cette catégorie que les délires qui après une étude approfondie de leur allure clinique et de leur évolution, se révèlent vraiment comme essentiels.

M. le Professeur J. Lépine écrit dans son étude sur la paralysie générale : « Dans certains cas exceptionnels, ces idées de persécution ou ces manifestations anxieuses ont été assez tenaces pour donner lieu à des erreurs durables de diagnostic ». C'est dans ces cas, très rares il est vrai, qu'il est indispensable de s'aider de tous les moyens dont on peut disposer, en particulier des réactions sérologiques et humorales. Il vaut mieux faire une ponction lombaire inutile que de laisser passer une méningo-encéphalite. Dans le diagnostic, nous distinguerons trois parties.

1° LE PSYCHO-DIAGNOSTIC.

« La plupart également des signes mentaux (troubles de l'humeur et de l'activité, conceptions délirantes) apparaissent parfois comme douteux, contingents, variables, non pathognomoniques de la paralysie générale. Ils peuvent s'observer au cours de diverses affections mentales (débilité et déséquilibre psychiques, crises essentielles d'excitation ou de dépression, certains états vésaniques, épileptiques ou toxiques). » (Dupré). C'est dire l'importance d'un examen mental approfondi et répété au cours de l'évolution. On s'appliquera tout particulièrement à

mettre en évidence les petits troubles démentiels. La recherche devra en être soigneuse car dans certains cas la démence est atténuée et l'auto-critique en partie conservée. Les troubles de la mémoire peuvent être discrets, l'attention peu troublée et parfois, en dehors du syndrome délirant, il n'y a pas de troubles du jugement. L'interrogatoire de la famille et de l'entourage du malade peut fournir des renseignements précieux sur l'état mental antérieur du sujet.

2° LES SYMPTÔMES SOMATIQUES.

Les plus importants sont les signes neurologiques. L'examen neurologique complet et précis est indispensable. Il permettra parfois de mettre en évidence des signes d'une autre atteinte spécifique du névraxe. tabès, syphilis médullaire.

Les modifications de la réflexivité ne sont pas constantes. Le plus souvent les réflexes tendineux sont exagérés, tandis qu'il y a diminution des réflexes cutanés ; mais cela est loin d'être une règle absolue.

Les divers tremblements de la langue, des lèvres, des doigts sont parfois peu marqués et intermittents au début de l'affection.

La dysarthrie est parfois très marquée (Obs. III). D'autres fois, il est impossible de mettre en évidence un achoppement même discret. Elle n'en reste pas moins un excellent signe, tout à fait pathognomonique, qu'il faut rechercher soigneusement.

Les troubles de l'écriture seront recherchés systématiquement. Ils sont parfois défaut au début de la maladie.

Les signes oculaires ont une grande importance. L'inégalité pupillaire existe dans les deux tiers des cas environ.

Le signe d'Argyll-Robertson a une grande valeur. Il n'est malheureusement pas constant. D'autre part, s'il est caractéristique d'une spécificité nerveuse, il n'est pas pathognomonique d'une méningo-encéphalite. Il en est de même des autres symptômes oculaires et en particulier de l'atrophie optique.

L'examen somatique ne saurait se borner à un examen neurologique. Il faut toujours pratiquer un examen médical complet qui peut montrer des signes objectifs de syphilis : accidents spécifiques anciens, autre affection d'origine tréponémotique. Il sera utile d'interroger et d'examiner la famille non seulement pour la mettre en garde contre une contamination possible, mais encore pour en tirer des indications utiles au point de vue du diagnostic. C'est parfois la notion de fausses-couches répétées chez la femme ou la constatation de stigmates d'hérédosyphilis chez les enfants qui fait penser à une origine spécifique, alors que le malade ne présente personnellement aucun symptôme apparent de cette affection.

3° LE SYNDROME HUMORAL.

Les réactions spécifiques dans le sérum seront positives dans un certain nombre de cas. On pratique habituellement les réactions de Wassermann, de Kahn et de Meinicke. Des réactions négatives ne permettent pas de rejeter l'étiologie spécifique.

Les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien ont une très grande importance pour le diagnostic.

L'étude cytologique montre une réaction lymphocytaire. C'est un fait bien connu depuis les travaux de Widal, Sicart et Ravaut. Le nombre des cellules est variable suivant les sujets et suivant les périodes de la maladie. L'absence de lymphocytose a été notée par certains auteurs dont Laignel-Lavastine, Kahn et Mercier. Ces faits sont rares et on peut admettre qu'en pratique il y a toujours réaction lymphocytaire dans la paralysie générale en évolution. Ce phénomène est particulièrement marqué au moment des poussées méningo-encéphalitiques, en particulier au cours des ictus.

L'hyperalbuminose est sujette aux mêmes variations que l'hypercytose. Pour certains, elle serait plus constante et plus significative que la réaction cellulaire. Il existe pourtant des cas où la teneur en albumine est normale alors que tous les autres éléments du liquide céphalo-rachidien présentent des réactions de type paralytique.

La réaction de Bordet-Wassermann est pratiquement positive dans tous les cas. C'est l'élément le plus constant du syndrome humoral; elle ne fait jamais défaut, pourvu que l'on ait recours à une technique d'une sensibilité suffisante, telle que le procédé de Hauptmann et Hoesli, la méthode de Calmette et Massol ou celle des dilutions.

Il en est de même pour la réaction au benjoin colloïdal. Il existe des réactions fortes, moyennes, atté-

nuées. On a décrit une zone de flocculation correspondant à la paralysie générale.

En somme, le syndrome humoral de la paralysie générale est constitué des réactions suivantes : lymphocytose, hyperalbuminose, réaction de Wassermann positive, réaction au benjoin colloïdal positive. Il faut remarquer que ce syndrome n'est pas pathognomonique d'une méningo-encéphalite ; car comme l'écrit M. le Professeur J. Lépine : « Il faut toutefois remarquer que les résultats positifs affirment surtout l'existence d'une syphilis antérieure avec réaction nerveuse persistante, bien plus que le développement d'une paralysie générale elle-même. Aussi leur valeur s'atténue-t-elle beaucoup quand l'hésitation existe entre la paralysie générale et la syphilis nerveuse ».

Il faut tenir compte de ce que ce syndrome est variable ; les réactions s'atténuant pendant les phases de rémission pour atteindre leur maximum au moment des poussées infectieuses.

Récemment, certains auteurs, dont MM. Marchand, Combemale et Nayrac, ont observé quelques cas de paralysie générale sans syndrome humoral, avec contrôle anatomique du diagnostic. Ces faits sont exceptionnels. Peut-être s'agissait-il là de malades en période de rémission prolongée ? On peut rapprocher ces faits de ceux qu'on observe parfois à la suite de la malariathérapie où le syndrome humoral est à peu près complètement négativé. C'est pourquoi nous croyons pouvoir conclure qu'il n'existe pratiquement pas de paralysies générales *évolutives* avec réactions humorales négatives.

Le diagnostic de la méningo-encéphalite repose sur trois points : examen mental, recherche des symptômes physiques, étude des réactions humorales. Dans les cas où le syndrome humoral est minimum, le diagnostic avec d'autres formes de spécificité nerveuse : tabès, syphilis méningo-vasculaire banale, s'avère particulièrement délicat.

Les psychoses du tabès ont été bien étudiées par Pierret qui a montré qu'elles tirent une partie de leur symptomatologie de l'interprétation de troubles tabétiques. Il avait remarqué qu'elles étaient souvent liées à des lésions encéphalitiques discrètes. M. le Professeur Collet a mis en évidence des lésions du nerf auditif qui seraient souvent le point de départ d'hallucinations de l'ouïe. La thèse de Rougier contient des cas typiques d'hallucinations auditives chez des tabétiques. Le syndrome de Pierret-Rougier est cliniquement caractérisé par des idées délirantes d'interprétation basées sur des troubles organiques réels, le plus souvent de l'audition. Les malades construisent parfois ainsi un véritable délire de persécution. Quand un tabétique devient paralytique général, il commence sa méningo-encéphalite par un délire de persécution ou par des réactions anxieuses, parfois par un mélange des deux. Il faut noter aussi que la paralysie générale est reliée aux psychoses du tabès par des transitions insensibles.

Il est, par conséquent, souvent difficile de faire un diagnostic et de dire s'il s'agit d'une psychose du tabès ou d'un début de paralysie générale chez un tabétique. L'étude approfondie du contexte clinique, l'ac-

tion du traitement spécifique, l'apparition de la dysarthrie, l'étude de l'évolution permettent parfois de porter un diagnostic.

Le diagnostic peut se poser avec certaines psychoses syphilitiques. Pour la syphilis méningo-vasculaire banale, c'est en général facile ; il y a alors absence de démence, présence de signes de localisation. Sous le terme de psychoses syphilitiques on a rassemblé un certain nombre de faits cliniquement assez disparates caractérisés par leur sensibilité au traitement spécifique; d'ailleurs la conception de ces psychoses diffère suivant les auteurs. Il est évident que dans les cas où le syndrome paralytique est discutable, le diagnostic est difficile et doit s'entourer de prudentes réserves.

C'est un cas de diagnostic difficile que celui de Paul M... (Obs. X), et il est nécessaire de nous y arrêter un peu. Il s'agit d'un malade spécifique ancien et plusieurs fois traité, porteur d'une aortite syphilitique avec insuffisance aortique. Il est envoyé à la clinique à la suite d'une tentative de suicide. Là il se présente comme un mélancolique anxieux, sans aucun symptôme net de méningo-encéphalite. Le Docteur Bourrat conclut cependant : « Bien que l'interrogatoire ne révèle ni déficit psychique, ni signe moteur comme la dysarthrie vraie, il faut s'orienter vers le diagnostic de mélancolie symptomatique d'une paralysie générale à son début ». Les réactions humérales se révèlent positives et le malade est interné pour traitement. A l'asile il fait un délire de persécution très net, se présentant surtout comme un hypocondriaque

interprétant. Mis au stovarsol, il s'améliore et une sortie est autorisée. Il est renvoyée peu après à la clinique, parce qu'il a présenté dans un service de médecine où il était hospitalisé une véritable crise maniaque qui a d'ailleurs cédé rapidement. Toujours aucun signe de paralysie générale ; on se demande s'il ne s'agit pas d'un cyclothymique actuellement maniaque, mélancolique lors de son premier séjour, et si cet état est influencé par une syphilis nerveuse.

Une troisième fois, le malade est revu à la clinique. Il ne présente pas d'excitation, mais des idées de persécution assez vagues, avec allure hypocondriaque. La dysarthrie n'est pas nette, mais il existe un léger achoppement dans les mots d'épreuve. Le malade est incohérent. La ponction lombaire montre un Wassermann positif. La paralysie générale apparaît plus probable ; Paul M... est interné à nouveau. Dans le service de Vinatier, le malade est incohérent, avec affaiblissement intellectuel et il présente quelques idées de grandeur. On fait le diagnostic de paralysie générale et le malade est impaludé, son état cardiaque le permettant. Par la suite on constate une amélioration très nette et qui se maintient.

Il semble bien qu'on se trouve là en présence d'une paralysie générale, évidemment très atypique. Le diagnostic au début était extrêmement délicat : aucun signe neurologique, aucun signe de déficit intellectuel ; les réactions humorales positives ne permettant pas à elles seules d'affirmer la méningo-encéphalite.

Il a fallu attendre deux ans pour qu'apparaissent

de l'affaiblissement intellectuel et quelques idées de grandeur. Il nous semble que c'est l'existence de troubles réels d'aortite et peut-être aussi d'une constitution cyclothymique, qui a été à l'origine du début très atypique de la méningo-encéphalite.

Ce cas nous montre les difficultés que peut rencontrer le diagnostic et à quel point il est parfois difficile de différencier un début de paralysie générale d'un syndrome délirant lié à une syphilis nerveuse.

En terminant, nous voulons signaler l'importance pratique du diagnostic de ces formes anormales de la maladie de Bayle. Alors que nous n'assistons plus désarmés et impuissants à l'évolution des paralytiques généraux, nous n'avons pas le droit de méconnaître une méningo-encéphalite qui se dissimule sous le masque d'un délire de persécution. C'est parce que nous pouvons la traiter que nous avons le devoir de dépister la paralysie générale le plus tôt possible et jusque dans ses formes les plus atypiques.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

« La paralysie générale reste un grand problème de neurologie, peut-être de pathologie générale. »

PR. J. LEPINE.

Les problèmes posés par la pathogénie des délires de persécution de la paralysie générale sont infiniment complexes. Certains auteurs ont étudié à leur sujet la question si difficile de la psycho-physiologie des hallucinations ; d'autres, à propos des délires secondaires, ont tenté de reviser la notion classique de démence. Nos ambitions sont plus modestes. Nous nous bornerons à étudier les conditions de développement de ces délires au début de la paralysie générale.

Dans certains cas, il s'agit de malades dont le délire remonte manifestement à plusieurs années. Il s'agit là de malades dont le fond mental est déjà troublé par une psychose constitutionnelle et chez qui se déclare secondairement un syndrome de paralysie générale qui évolue alors suivant le mode habituel,

vers une démence progressive, marquée des stigmates neurologiques et sérologiques classiques.

Il en est ainsi dans le cas rapporté par Richter. Le malade décrit par Joffroy et Gombault est particulièrement typique. Il fut interné une première fois pour un délire de persécution avec hallucinations auditives. Interné à nouveau, seize ans plus tard, pour les mêmes troubles, il présenta au bout de trois mois de l'affaiblissement global des facultés intellectuelles, des troubles pupillaires et de la dysarthrie. L'autopsie confirma le diagnostic clinique de méningo-encéphalite. Pactet et Janet rapportent des cas de ce genre.

D'autres fois, le tableau est moins net, car la paralysie générale n'évolue pas suivant le mode habituel du fait d'un phénomène de bascule entre la démence et le délire. Mlle Serin écrit à ce sujet : « En effet, chez certains de nos malades, on peut voir survenir des améliorations partielles au cours desquelles le délire reparaît plus ou moins bien systématisé, plus ou moins riche, pour s'atténuer ensuite lorsque l'intensité de l'encéphalite s'accroît. On peut aussi observer une ou plusieurs recrudescences du délire pendant les périodes où s'estompe la démence ».

Magnan a observé un malade chez lequel plusieurs ictus interrompirent les troubles délirants qui reparessaient dans l'intervalle. C'est en partant de faits de cet ordre que certains auteurs avaient remarqué que les rémissions étaient plus fréquentes et plus durables chez les individus porteurs de tares héréditaires ou présentant une psychose constitutionnelle.

Dans tous les cas étudiés précédemment, il s'agit de sujets présentant un délire primitif, antérieur à l'évolution paralytique qui prend de ce fait une allure spéciale. « Quelle que soit l'éventualité, écrit Mlle Serin, il s'agit jusqu'à présent de délirants primitifs devenus paralytiques, la progression de la démence conditionnant soit la désagrégation, soit les fluctuations du syndrome délirant, mais ne jouant qu'un rôle accessoire ou même nul dans sa genèse ». Pour notre part, nous estimons que le processus méningo-encéphalitique ne saurait être incriminé dans la genèse du délire. La présence de la psychose modifie le terrain. Il y a par la suite évolution concomitante des deux affections.

Mais ce qui nous intéresse surtout, ce sont les cas où l'affection paralytique est à l'origine des troubles délirants ; ce sont les malades qui entrent dans la paralysie générale par un délire de persécution.

Dans la majorité des cas, on relève parmi les symptômes observés, des hallucinations auditives. Depuis longtemps, elles avaient attiré l'attention des auteurs qui avaient remarqué qu'elles peuvent servir de point de départ à l'édification du délire. Ducosté, en particulier, a bien étudié les interprétations délirantes basées sur des hallucinations de l'ouïe.

Quant au mécanisme de ces troubles sensoriels, il est fort obscur et prête à de nombreuses discussions. C'est tout d'abord vers l'anatomie pathologique qu'on s'est tourné pour essayer de trouver une explication. Dès 1894, Serieux avait publié un cas d'hallucination motrice verbale dans une paralysie générale où l'au-

topsie montra des lésions du centre de Broca. Dans sa thèse, Jamet rapporte cinq observations de paralyties générales avec hallucinations auditives où l'examen anatomique mit en évidence des lésions de la couche corticale sensorielle. Sérieux et Mignot, Ducosté, Janet citent des faits du même ordre. M. le Professeur Claude a décrit des lésions occipitales dans un cas où il y avait eu des hallucinations visuelles.

On peut rapprocher tous ces faits de ceux observés dans le syndrome de Pierret-Rougier du tabès où les hallucinations de l'ouïe correspondent souvent à des lésions de névrite de la huitième paire, lésions qui ont été bien étudiées par M. le Professeur Collet.

Il est à remarquer également que lorsque les tabétiques deviennent paralytiques, ils commencent leur méningo-encéphalite par des idées de persécution ou des réactions anxieuses. Dans ces cas, le terrain spécial imprime une marque particulière à l'affection. Comme dans le syndrome de Pierret Rougier, c'est dans l'existence de troubles organiques, troubles sensitifs, troubles de l'audition qu'il faut chercher l'explication de l'allure particulière que prend la paralysie générale chez les tabétiques.

On peut rapprocher de ces faits le cas de Paul M... (Obs. X), chez qui les interprétations délirantes avaient pour base des phénomènes d'aortite spécifique.

De tout ceci, on peut conclure que dans certains cas, il y a une relation manifeste entre les phénomènes hallucinatoires et les lésions anatomiques. On

peut faire un rapprochement entre ces deux faits, mais il est impossible de préciser le rapport qu'il y a entre eux, car, comme l'écrit Rieu dans sa thèse : « Il ne suffit pas, pour produire une hallucination, d'activer un centre sensoriel par une lésion irritative; quelque chose de plus est nécessaire ; il faut qu'il soit préparé d'une manière originelle ou acquise, il doit avoir cette disposition anormale qui le rend hallucinogène et c'est pour cela qu'il n'y a pas de lésions produisant d'emblée des hallucinations ». C'est également pour cela qu'il y a des lésions de la corticalité sensorielle qui ne produisent pas d'hallucinations, comme il y a des hallucinations sans lésions anatomiques apparentes.

Par ailleurs, ceux qui se sont attachés à cette question, s'accordent à reconnaître qu'il est bien difficile d'interpréter le fait qu'à des lésions unilatérales correspondent tantôt des hallucinations unilatérales, tantôt des hallucinations bilatérales, ce qui est le cas le plus fréquent.

Aussi, nous emprunterons à Jamet cette conclusion pleine de prudence : « Il est en effet bien difficile d'affirmer que les hallucinations sont dues aux lésions corticales ; cependant, il semble permis de croire qu'elles jouent un grand rôle dans la genèse des hallucinations ».

De tout ce qui précède, retenons simplement que le processus méningo-encéphalitique détermine parfois des lésions au niveau de la couche corticale sensorielle. Ces lésions paraissent jouer un rôle important

dans la genèse des phénomènes hallucinatoires qui servent de base à des interprétations délirantes.

En dehors de ces cas, peu nombreux, où on a pu mettre en évidence des lésions anatomiques, il nous paraît légitime de nous demander si un rôle ne pourrait pas être joué par un facteur éthylique associé.

On connaît la fréquence de cette intoxication chez les paralytiques généraux. On sait le rôle important qu'elle paraît jouer dans la pathologie de la méningo-encéphalite. Les formules « alcoolisation + syphilisation », « alcoolature de syphilis », sont classiques. La coexistence de l'éthylisme et de la maladie de Bayle est fréquente, peut-être trop fréquente pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises.

Pourtant, certains auteurs admettent que c'est le plus souvent un appoint toxique qui détermine les troubles de confusion mentale et les phénomènes hallucinatoires avec onirisme, qu'on observe parfois au début de l'affection. Dans son étude de la paralysie générale, M. le Professeur J. Lépine écrit : « D'autres fois, ce sont des intoxications surajoutées qui donnent leur note particulière dans le tableau clinique, et avant tout l'alcool. Les paralysies générales « arrosées », comme l'on dit parfois, n'ont pas de symptomatologie régulière, mais il y a bien des chances pour que l'intoxication exogène leur vaille des hallucinations et une allure un peu particulière du délire ». Certains cas de nos délires de persécution ne rentrent-ils pas dans ces formes où l'éthylisme donne une « allure un peu particulière au délire » ?

De toute façon, ni l'éthylisme, ni les lésions anato-

miques des centres sensoriels ne suffisent à expliquer la genèse de ces formes atypiques. Même dans les cas où l'un de ces facteurs semble jouer un rôle, il y a quelque chose de plus qui intervient dans la pathogénie, et au bout du compte, nous sommes amenés à nous demander si un rôle important n'est pas dévolu au terrain. On s'accorde à reconnaître son importance dans la pathogénie de la méningo-encéphalite. N'interviendrait-il pas aussi pour donner au tableau clinique une allure spéciale ? Depuis longtemps, on a été porté à chercher dans une prédisposition constitutionnelle l'explication de certaines formes anormales. Dans les nombreux travaux sur les psychoses post-malariques, où l'on retrouve les mêmes problèmes, une large place est accordée au facteur constitution mentale. A ce propos, Vermeylen et Verwaeck écrivent : « Nous avons eu l'occasion de signaler déjà le rôle important des prédispositions constitutionnelles. Parmi les cas que nous avons réunis, c'est dans le groupe des syndromes maniaco-dépressifs qu'elles se dessinent le plus fréquemment ; l'un de ces malades avait présenté antérieurement une crise dépressive assez importante pour nécessiter l'internement ; un autre, hypomaniaque constitutionnel, était entré dans la paralysie générale par une période dépressive suivie d'accès maniaque ; enfin, le malade V..., qui fit successivement des réactions anxieuses, puis quérulentes, avait une constitution cyclique nettement accentuée.

Ce problème s'était posé aussi à propos des paralysies générales atypiques, avant que fut appli-

quée la malarisation. Maints auteurs, et non des moindres, s'opposant aux théories localisatrices, voyaient dans un facteur constitutionnel l'explication de ces formes évolutives particulières. Rappelons à titre documentaire les recherches récentes d'Ern-Schneider, de Munich : collationnant les antécédents héréditaires de 157 formes atypiques de paralysie générale, dont 62 dépressives et 37 hallucinatoires, il concluait à l'influence d'une prédisposition dégénératrice spéciale sur l'évolution atypique de la paralysie générale ; toutefois, celle-ci n'interviendrait qu'à titre de cause adjuvante pour imprimer au cerveau attaqué par la paralysie générale un mode particulier de réaction psychopathique ».

Dans nos observations, nous n'avons pas pu relever de données très précises sur l'état mental antérieur des malades. L'un d'eux était un instable (Obs. II). Dans notre Observation IX, on relève, outre un éthylysme particulièrement important, la présence de tares mentales chez la sœur du malade. Cette personne était en effet une persécutée hallucinée qui, la nuit, se couvrait la tête d'un parapluie pour se protéger des influences maléfiques.

Paul M... (Obs. X), semble un cyclothymique constitutionnel, ce qui expliquerait le syndrome dépressif du début avec tentative de suicide et l'épisode maniaque qui a motivé son deuxième séjour dans le service.

Nous terminerons en attirant l'attention sur une condition importante du développement de ces formes atypiques, condition qui semble remplie dans la

majorité des cas, nous voulons parler du degré de l'atteinte du fond mental du sujet. Déjà Magnan avait noté que les délires de persécution se voient seulement lorsque le fond mental est peu touché, notamment au début de l'évolution de la maladie. D'autre part, l'apparition des syndromes post-malariques coïncide toujours avec une atténuation des symptômes démentiels, et les conclusions de Mlle Serin restent en partie valables : « Nous voyons en somme qu'une des conditions pathologiques essentielles de l'apparition d'un syndrome paranoïde, réside dans une atténuation de l'intensité de l'encéphalite, entraînant la régression des symptômes démentiels ; dans une certaine mesure, la systématisation plus ou moins parfaite du délire est proportionnelle à l'intensité ou à l'importance des rémissions ».

Ces conclusions demandent actuellement à être précisées et confrontées avec les résultats de la malariathérapie. En effet, alors que dans les formes habituelles, on assiste parfois, comme nous l'avons vu, à l'apparition d'un délire secondaire post-malarique dont les caractères cliniques peuvent être assez semblables à ceux des délires que nous étudions, dans les paralysies générales où le délire de persécution est primitif, la malariathérapie fait souvent disparaître les troubles délirants. Tel est le cas de nos malades B... et G... (Obs. V et VI). Dans ces cas, le traitement a fait disparaître le délire au lieu de l'accentuer ; non seulement, il n'y a pas proportion entre

l'atténuation de l'encéphalite et l'intensité du délire, mais c'est exactement l'inverse.

Nous ne voulions qu'indiquer cet aspect un peu particulier de la question. La pathogénie des délires de persécution de la paralysie générale, qu'ils soient primitifs ou secondaires, s'entoure encore de beaucoup d'obscurité. Si les résultats de la malariathérapie dans les paralysies générales avec délire de persécution que nous étudions, sont satisfaisants au point de vue thérapeutique, ils n'apportent aucun éclaircissement sur la pathogénie de ces formes anormales. Et cette question est actuellement encore pleine d'incertitudes.

CONCLUSIONS

I. — Les délires des paralytiques généraux sont habituellement absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents. Ils portent le cachet de la démence qu'ils accompagnent.

II. — Dans certains cas, on peut observer une systématisation relative du délire qui tend à s'organiser et à se coordonner suivant un mode qui rappelle la psychose hallucinatoire chronique.

III. — Le diagnostic de ces formes est parfois difficile :

a) Parce qu'en face d'un délire de persécution qui rappelle assez bien un délire constitutionnel, on peut ne pas songer à une paralysie générale possible, d'autant plus que les signes en sont parfois très discrets.

b) Parce que certains cas sont difficiles à différencier des psychoses, type Pierret-Rougier du tabès ou de certaines formes de syphilis nerveuse.

c) Parce que la présence de réactions humérales positives ne permet pas d'affirmer autre chose qu'une réaction nerveuse de nature syphilitique et n'est pas d'un grand secours dans les cas douteux.

IV. — Il existe toute une série de cas de transition entre les délires de persécution des tabétiques et ceux des paralytiques généraux et il est parfois difficile de dire s'il s'agit d'une psychose du tabès ou d'un début de paralysie générale chez un tabétique.

V. — Le diagnostic différentiel avec certaines psychoses de la neuro-syphilis se basera sur les signes de localisation, l'allure évolutive et l'épreuve du traitement. Il est parfois très délicat, et c'est l'examen histologique seul qui peut donner une certitude.

VI. — La pathogénie des délires de persécution du début de la paralysie générale est fort obscure. Certains phénomènes hallucinatoires peuvent s'expliquer par des lésions de la corticalité sensorielle. Un rôle important paraît être joué par des intoxications surajoutées, surtout l'alcool. La prédisposition constitutionnelle, souvent invoquée, plus rarement établie, est un facteur dont il faut tenir compte, surtout lorsque l'interrogatoire de l'entourage permet de la mettre en évidence.

VII. — La malariathérapie provoque dans certains cas l'atténuation ou la disparition des troubles délirants et les résultats de cette méthode sont aussi bons dans ces formes que dans les formes habituelles.

VIII. — Le diagnostic des délires de persécution de la paralysie générale au début, offre un intérêt pratique, puisqu'il comporte des sanctions thérapeutiques. Il est parfois difficile. Il se fera par l'étude

complète et approfondie des troubles mentaux, des signes physiques du syndrome humoral et de l'évolution clinique.

Tout délire de persécution, même d'allure nettement constitutionnelle, doit être examiné avec soin au point de vue somatique et il ne faut pas hésiter à pratiquer les examens humoraux chaque fois qu'il peut y avoir un doute.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 Mars 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (X.) et BAUER. — Présentation de malade à la Soc. Clin. de Méd. Ment. Anal. in *Encéphale*, juillet-août 1925, p. 545.
- BEAUDOIN (H.) et MOIGNEAU. — Paralyse générale, délire hallucinatoire. Deux observations. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 16-2-8-janv. févr. 1928.
- CLAUDE (H.). — Les Psychoses Paranoïdes. *Encéphale*, 1924.
- CLAUDE (H.) et COSTE (F.). — Les délires hallucinatoires dans la paralysie générale, leurs rapports avec la malariathérapie. *La Gazette des Hôpitaux*, n° 45, 3-6-36.
- CODET. — Syphilis, réaction méningée chronique ; délire de persécution persistant sans affaiblissement intellectuel apparent. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1320, n 3, p. 68.
- COLLET (F. J.). — Les troubles auditifs du tabès et la réaction électrique du nerf auditif. *Thèse*, Lyon, 1894.
- Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses (Deux mémoires couronnés par l'Académie de Médecine. Prix Meynot, 1896). *Masson et Gauthier Villars*, Edit.
- COMBEMALE et NAYRAC (P.). — Réactions biologiques négatives chez une paralytique générale avec contrôle anatomique. *Réunion Méd. Chir. des Hôp. de Lille*. Séance du 17 juin 1929.

- COURTOIS (A.), PICHART (M). et RUBENOVITCH. — Délire paranoïde chez un arabe atteint de P. G. avec tabès amaurotique. *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 18 (91-95). Juin-juillet 1930.
- DUCASTÉ (M.). — Notes sur les interprétations délirantes dans la Paralyse générale. *Revue de Psychiatrie*, 1907, p. 71.
- DUPOUY, CLERC, CHATAGNON et MALE. — Début de P. G. par délire systématisé de persécution médicale et hallucinations olfactives et gustatives. *Soc. Psych.*, 17 février 1927.
- DUPRÉ (E.). — La Paralyse Générale, dans le Traité de Pathologie Mentale, de G. Ballet.
- ENGERTH (G.). — Delirante Bilder mit Körperhalluzinationen als klinischen Gruppe der mit Malaria behandelten Paralyse. *Jahrb f. Psychiat. und Neurol*, 48-U25-134-1932.
- FERENCZI. — Ein Fall von paranoischer Paralyse. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1902, p. 240.
- GERTSMANN. — Über die Einwirkung der Malaria tertia auf die progressive paralyse. *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 74, vol. 1-3, 1922.
- Au sujet de la transformation du tableau clinique de la Paralyse générale en une forme hallucinatoire paranoïde. Anal. in *Encéphale*, janv. 1925, p. 71.
- HEUYER (G.) et SIZARET. — Automatisme mental et syphilis. *Soc. de Psychiatrie*, janv. 1926. *Encéphale*, n° 2, févr. 1926.
- JACQUIN. — Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire : les syphilo-psychoses. *Thèse*, Lyon, 1899.

- JAKOB. — Zur Klinik und pathologischen Anatomie der stationären Paralyse. *Ztschr. f. die gesammte Neurologie und Psychiatrie*. Bd. 54, 10 mars 1920.
- Über die endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindenge-fässe. *Zeitschr. f. die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 54, 10 mars 1920.
- JAMET. — Hallucinations dans la Paralyse générale et leurs rapports avec les lésions de la couche temporale. *Thèse*, de Paris, 1902.
- JANET. — Un cas de délire systématisé dans la Paralyse générale. *Journal de Psychologie*, 1906, p. 331.
- JOFFROY et GOMBAULT. — Paralyse générale progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanées et viscérales profondes. Autopsie. Intégrité de la moëlle. *Congrès de Paris*, 1900.
- JOFFROY et MIGNOT. — La Paralyse générale. *Doin et Fils*, Edit.
- JUQUELLIER (P.). — Délire systématique avec hallucinations chez un P. G., Paris 1910 VI, 791.
- KINHS. — Uber chron. Paranoïdhalluzinosen nach Infektions-Behandlung der Paralytikern. *Psych. Neur. Wschr.*, 1928.
- KLIPEL et ROUILLARD. — Un cas de Paralyse générale avec délire de persécution. Présentation de malade. *Annales, Méd. Psych.*, 1890, p. 478.
- KLIPPEL et LÉVY DARRAS. — *Ann. Méd. Psychol.*, déc. 1912, p. 564.
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN (Pierre). — Syphilis ménagée et délire hallucinatoire de possession. Présentation de malade. *Journal de Psychologie*, 15 mai 1925, p. 465.
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN. — Présentation d'un halluciné. *Soc. Psych.*, déc. 1925.

- LEGRAIN. — Délire systématique et hallucinatoire chez un paralytique général. Présentation de malade. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1910, p. 298.
- LÉPINE (J.). — La Paralyse Générale, dans le Traité de Médecine de Roger, Vidal, Teissier, 1925.
- LEROY, MEDAKOVITCH et MONNIER. — Recherches sur l'étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation. *Ann. Méd. Psych.* FP-EBQ-EBC, juillet 1931.
- LEWIS (C.). — Study of delusions in schizophrenia and general paresis. *M. Bull. Vet. Admin.*, 9-162-165, octobre 1932.
- LHERMITTE. — Les paralysies générales prolongées. Le syndrome humoral de la paralysie générale. *Encéphale*, 1921, p. 33.
- LIVET. — Forme onirique de la paralysie générale. Hallucinations visuelles et délire de rêve dans la paralysie générale. *Encéphale*, 1920, p. 504.
- LWOFF et TARGOWLA (René). — Délire systématisé post-onirique chez un paralytique général tabétique. (Présentation de malade). *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, février 1921.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, recueillies et publiées par le Docteur Pécharman. *Alcan*, 1897.
- MAGNAN et SÉRIEUX. — Le délire chronique à évolution systématique. *Masson*, Edit.
- La Paralysie Générale, *Masson*, Edit., 1894.
- MARCHAND. — De la démence précoce chez les syphilitiques. Compte-rendu du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 1925.
- MERRITT (H.) et SPRINGLOVA (M.). — Lissauer's dementia paralytica clinical and pathologic. study. *Arch. Neurol. and Psych.*, 27-987-1030. May, 1932.

- PACTET. — Délire de persécution chez un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et attaques d'épilepsie. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1908, p. 47.
- LA PARALYSIE GÉNÉRALE. — Volume publié à l'occasion du centenaire de la Thèse de Bayle, par H. Colin, Laignel-Lavastine, Vinchon, R. Semelaigne, F. Arnaud, F. Pactet, J. Lhermitte, R. Charpentier, V. Truelle. Paris, 1922, *Masson*, Edit.
- PASCAL (Mlle). — Formes atypiques de la Paralyse Générale. *Thèse*, Paris, 1905.
- Forme paranoïde de la Paralyse Générale. *Encéphale*, 1914.
- RAYMOND et SÉRIEUX. — La Paralyse Générale, dans le *Traité de Médecine de Sergent et Ribadeau-Dumas*.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, Paris 1923, 6^e éd.
- RICHTER. — Dementia Paralytica als Komplikation einer Paranoïa hallucinatoria chronica. *Allegemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Bd 55.
- RIEU. — Hallucinations psycho-motrices dans la paralyse générale. *Thèse de Paris*, 1900.
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie. Paris, 1923.
- ROUDNEFF. — De la paralyse générale paranoïde. *Moniteur neurologique russe*. Fasc. 2, 1912. Analyse in *R. N.*, 1913, t. I, p. 189.
- ROUGIER. — Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. *Thèse Lyon*, 1882.
- ROUILLARD. — Rapport sur le prix Esquirol. *Annales Méd. Psych.*, 1888, p. 84.
- SCHULTZE. — Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. Mit einem anatomischen Beitrag von Prof. Alzheimer. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilkunde*. Bd 47 et 48, p. 714.

- Über die paranoidhalluzinatorische Zustandsbilder bei Malariabehandlung Paralytikern. Berlin. *Gesellsch. für Psych. und Nerv.*, XI, 1928.
- SEMELAIGNE. — Un paralytique général halluciné. Présentation de malade. *Annales Méd. Psych.*, 1903, p. 454.
- SÉRIEUX et MIGNOT. — Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés. *Ann. Méd. Psych.*, 1902, p. 297.
- SERIN (Mlle). — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1926.
- TATY et TOY. — Des variations cliniques du délire de persécution. *Ann. Méd. Psych.*, 1897, t. I, pp. 20, 193, 369; t. II, pp. 78, 208, 366.
- TARGOWLA. — Les psychoses syphilitiques. *Annales de Médecine*, t. XIV, N^{os} 3 et 4. Septembre-octobre 1923.
- A propos des interprétations délirantes des symptômes pathologiques. Le syndrome de Pierret-Rougier du tabès et le délire d'interprétation des symptômes pathologiques. *Annales Médico-Psychol.*, décembre 1924.
- Les délires polymorphes. *Encéphale*, février 1926.
- TRUELLE (V.) et CASALIS (B.). — Contribution à l'étude des délires chez les P. G. après impaludation. *Ann. Méd. Psych.*, 90-207-213, février 1932.
- URECHIA et RUSDEA. — La forme schizophrénoïde de la syphilis du cerveau et de la paralysie générale. *Encéphale*, 1921, p. 587.
- VERMEYLEN. — Les modifications psychiques chez les P. G. malarisés. Congrès de Genève, 1926.

— Délire systématisé au cours d'une rémission prolongée chez une ancienne paralytique générale. *Journ. de Neurol. et de Psych.*, 32-30-33, janvier 1932.

VERMEYLEN et VERWAECK. — Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique. *Encéphale*, 25-p. 563, septembre-octobre, p. 643, novembre 1930.

WIZEL et PRUSSAK. — Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. *Encéphale*, février 1925, p. 99.

TABLE DES MATIERES

<i>Avant-propos</i>	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Observations	19
CHAPITRE III. — Etude clinique	51
CHAPITRE IV. — Diagnostic	59
CHAPITRE V. — Pathogénie	69
<i>Conclusions</i>	79
<i>Bibliographie</i>	83



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° **IMPRIMEURS-ÉDITEURS** °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°



